

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

No
79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE ÉPIGASTRIQUE

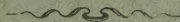
Sa coexistence possible avec l'Ulcère et le Cancer de l'Estomac
Indications qui en découlent

par

EMILE ERTAUD

Né à BOUGUENAI (Loire-Inf^{re}), le 10 Septembre 1885

Sous la présidence de M. PAUL SEGOND, Professeur



NANTES
IMPRIMERIE A. DUGAS, 5, QUAI CASSARD

1912

79

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE ÉPIGASTRIQUE

Sa coexistence possible avec l'Ulcère et le Cancer de l'Estomac

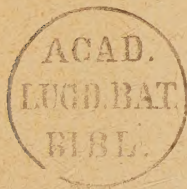
Indications qui en découlent

par

EMILE ERTAUD

Né à BOUGUENAIS (Loire-Inf^{re}), le 10 Septembre 1885

Sous la présidence de M. PAUL SEGOND, Professeur



NANTES

IMPRIMERIE A. DUGAS, 5, QUAI CASSARD

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJARS.
Histologie.....	P. MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	G. BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	N...
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	PROUST.
BERNARD.	GOUGEROT.	LERI.	RATHERY.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RETERER.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUSSY.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	ROUVIERE.
CAMUS.	JOUSSET (André).	MULON.	SCHWARTZ.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	SICARD.
CASTAIGNE.	LANGLOIS.	NOBÉCOURT.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LENORMANT.		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOS MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur JALABER ;
Monsieur le Docteur G. SOURDILLE ;
Monsieur le Professeur VIGNARD ;
Monsieur le Professeur GUSTAVE BUREAU ;

Dont nous fûmes l'externe.

Monsieur le Professeur MAURICE BUREAU ;
Monsieur le Professeur EMILE BUREAU ;
Monsieur le Docteur RIVET ;
Monsieur le Docteur LÉON SOURDILLE ;
Monsieur le Professeur POISSON ;
Monsieur le Professeur GILBERT SOURDILLE ;
Monsieur le Professeur VIGNARD ;

Dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne, et
qui nous ont prodigué le plus bienveillant accueil
ainsi que leurs conseils les plus éclairés.

Témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR POISSON

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine

Qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et qui nous a prodigué, pendant le temps que nous étions son interne, ses conseils les plus éclairés, nous tenons à exprimer toute notre gratitude et l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

La hernie épigastrique, que beaucoup d'auteurs désignent également par le terme de hernie de la ligne blanche, est une affection connue depuis longtemps et dont nous retrouvons mention dans les auteurs anciens. Il semble en effet que la malade dont Arnaud de Villeneuve rapportait l'histoire en 1285 en était atteinte. Souffrant de troubles digestifs intenses, qui résistaient à toute la médication de l'époque, l'on ne pouvait en découvrir la cause, et c'est seulement quand on examina cette malade debout et non plus couchée, que l'on put constater la présence d'une tumeur dans la région épigastrique.

Mais c'est Garengot, en 1743, qui, dans un Mémoire à l'Académie royale de Chirurgie, fit la première communication importante sur ce sujet. Et déjà dans ce mémoire l'on trouve placé au point culminant un des symptômes principaux que l'on rencontre dans cette affection : les troubles digestifs intenses qui paraissent peu en rapport avec le petit volume de la hernie. Garengot les attribue à la pré-

sence de l'estomac dans la hernie, et aussi donne-t-il à cette affection le nom de « Gastrocèle ». Pipelet le jeune, dans une discussion à l'Académie royale de Chirurgie admet aussi cette opinion, mais cependant déjà il émet un doute sur la présence de l'estomac dans la hernie. Par contre, Guntz de Leipzig, et Bertrand ne croient pas du tout que la hernie, à elle seule, puisse expliquer l'intensité des troubles digestifs. Nous trouvons également mention de la hernie épigastrique dans le *Traité des Hernies*, édition pour le public, que Arnaud fit paraître en 1749.

Cependant, malgré ces discussions, la question n'avance guère, l'intervention chirurgicale étant, à cette époque, une rareté. En 1802, Maunoir, de Genève, et Cruveilhier firent chacun une cure radicale de hernie épigastrique. Mais bien qu'ils aient obtenu plein succès, ils s'arrêtèrent là et le seul mode de traitement alors employé fut le bandage.

C'est Lèveillé, en 1812, qui substitua au terme de Gastrocèle celui de Hernie épigastrique. A partir de ce moment, les travaux sur cette question deviennent plus nombreux. Scarpa, Walther, Vidal de Cassis en étudient les symptômes, et nous retrouvons parmi ceux qui ont le plus frappé ces auteurs les douleurs et les troubles digestifs variés.

Poulet et Bousquet, en 1885, constatent combien les symptômes de cette affection sont parfois vagues et combien, dans ces cas, le diagnostic en

est difficile. C'est du reste l'avis de Bonnet. Lucke, du reste, en 1887, signale deux hernies épigastriques opérées pour gastralgie. D'où venaient donc ces douleurs et ces troubles digestifs intenses, qui déconcertaient les observateurs par leur manque de caractères précis. Déjà des théories sont émises et jettent un peu de lumière sur ce coin obscur de la pathologie.

Gussenbäuer, en 1884, se basant sur les données anatomiques, qui montrent qu'il existe des paquets vasculo-nerveux allant du tissu graisseux sous-péritonéal au tissu cellulaire sous-cutané à travers des orifices aponévrotiques de la ligne blanche, émet l'hypothèse que, sous l'influence de diverses causes, mais par la présence surtout d'une hernie même graisseuse, ces paquets vasculo-nerveux peuvent subir une compression, véritable étranglement, au niveau des orifices qui leur livrent passage. Cet étranglement expliquerait les douleurs que l'on trouve dans les hernies épigastriques. Pour cet auteur, les troubles digestifs, les vomissements ne seraient que des phénomènes réflexes. Il faut reconnaître que cette théorie, à point de départ anatomique, donnait une explication très judicieuse ; aussi fut-elle accueillie avec faveur et rencontre-t-elle même de nos jours de nombreux et fervents partisans.

Vers cette époque également, les chirurgiens sont plus audacieux et, aidés par les découvertes

nouvelles, deviennent plus entreprenants. Aussi voyons-nous Terrier, en 1886, pratiquer la cure radicale des hernies épigastriques, et l'on peut dire qu'à partir de ce moment l'intervention fut le traitement de choix remplaçant le bandage. Terrier donna des hernies épigastriques une très bonne classification, basée sur leur contenu. Mais ces interventions ne donnèrent point raison aux premiers auteurs, car jamais elles ne firent constater la présence de l'estomac.

A partir de ce moment les travaux deviennent beaucoup plus nombreux. Lucas-Championnière insiste sur les avantages de la cure radicale, puis paraissent la thèse de Bonnet (1887), le traité de Ritcher, qui explique la douleur par le « consensus ». Le Page (1888), s'occupe déjà des résultats éloignés des cures radicales pour hernies épigastriques. Il poursuit du reste les malades avec une insistance rare (n'en retrouve-t-il pas un à la petite Roquette), et peut réunir 19 cas traités par l'intervention et suivis de guérisons définitives. Il indique du reste un procédé opératoire dû au Professeur Segond, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. Wotzel et Roth (1890-91) insistent à nouveau sur ces erreurs de diagnostic qui sont dues à l'intensité de la douleur, pouvant parfois faire croire à des affections de l'estomac. Lebœuf se montre également partisan de l'intervention. Lemierre (1906) cherche à différencier les

hernies épigastriques des dyspepsies, et il admet des hernies sans tumeur ; le diagnostic doit être fait, dit-il, seulement d'après les symptômes digestifs. Vallot reprend la question et donne de nouveaux aperçus étiologiques sur les troubles de développement de la ligne blanche. Il indique un procédé de cure radicale inspiré par Patel.

Princeteau (1906) inspire le travail de Saujeon et montre que, contrairement à l'opinion admise le plus couramment jusque là, la hernie épigastrique peut s'observer même chez des enfants jeunes. Il en cite 9 observations et décrit un procédé opératoire sur lequel nous reviendrons d'ailleurs.

La question en était là quand parut, en 1909, l'important travail de Capelle, qui rechercha dans le service de Garré, à Breslau, le sort des malades opérés de hernies épigastriques. Or, cet auteur montre qu'un certain nombre d'opérés n'ont subi aucune amélioration du fait de l'intervention, et il se demande, en face de ces succès, si, dans ces cas, il n'y avait pas autre chose qu'une hernie épigastrique. La connaissance plus approfondie des affections de l'estomac, principalement de l'ulcère et du cancer, semble en effet capable de jeter un jour nouveau sur ce point de la question.

Cette idée, aussitôt émise, trouva des partisans. C'est ainsi que Ury, Mezger, Srauss, en Allemagne, signalent des cas de coexistence de hernie

épigastrique avec l'ulcère de l'estomac. Soper, en Amérique, fait de même. En France, Poisson et Lanoue de Nantes, Colombet et Bérard, Leriche de Lyon, publient des cas semblables. Muller (1911) publie une importante étude sur la hernie épigastrique et adopte les conclusions du travail de Capelle au point de vue thérapeutique.

Ridgway publie des cas d'étranglement des hernies épigastriques, sujet repris du reste dernièrement par Fabre dans sa thèse. Cuinet croit que souvent les troubles digestifs observés au cours de cette affection sont dus, non pas à la hernie elle-même, mais à une affection stomacale coexistante.

Il semble donc que les troubles digestifs et les douleurs aient été regardés tout d'abord comme dus à la présence de l'estomac et de l'intestin dans la hernie, puis comme des phénomènes réflexes, enfin actuellement il convient de se demander si dans certains cas les troubles digestifs observés sont bien imputables à la hernie seule et si dans ces cas il ne faut pas, au moment de l'intervention, aller explorer l'estomac, de manière à pouvoir traiter utilement une affection qui, sans cette exploration, passerait inaperçue.

ANATOMIE

Avant de procéder à l'étude approfondie des hernies épigastriques, il nous paraît fort utile de posséder quelques données anatomiques de cette région.

Cette étude sommaire sera du reste fort utile, d'abord pour l'étude étiologique et pathologique, la structure de la ligne blanche jouant, ainsi que nous le verrons, un rôle assez important dans la formation de ces hernies. De plus, en étudiant le traitement, nous aurons aussi besoin des connaissances anatomiques, pour l'explication et la compréhension des différents procédés préconisés pour la cure radicale de cette affection.

Tout d'abord, que faut-il entendre par ligne blanche ? C'est, dit Poirier, « un raphé tendineux étendu sur la ligne médiane, du sternum au pubis ». La hernie épigastrique apparaît dans la région épigastrique, comprise dans un losange limité en haut par la pointe du sternum, l'appendice xyphoïde et le bord des dernières côtes, en bas par une ligne transversale passant par l'ombilic. Cette

région s'étend latéralement jusqu'à l'intersection des bords externes des droits. En réalité, cette région aurait plutôt la forme d'un rectangle irrégulier dont le bord supérieur serait concave, la concavité regardant en bas, vers l'ombilic.

Ces deux définitions montrent qu'il n'y a pas parallélisme absolu entre les deux termes : hernie épigastrique et hernie de la ligne blanche, dont l'on se sert fort souvent pour désigner la même affection.

Aussi croyons-nous le terme de hernie épigastrique préférable, parce qu'il est plus conforme à la réalité. Remarquons cependant que bien que la ligne blanche s'étende jusqu'au pubis, les hernies médianes sous-ombilicales sont une rareté, ce qui suffit à expliquer comment l'emploi du terme hernie de la ligne blanche ne saurait induire beaucoup en erreur.

A la dissection, cette région paraît formée de deux portions symétriques et distinctes, une partie médiane tendineuse et, en dehors d'elle, une portion musculaire, les muscles grands droits de l'abdomen.

La portion tendineuse revêt une forme triangulaire à base inférieure située au niveau de l'ombilic et mesurant de 1 cent. 5 à 2 cent. 5 ; son sommet répond à l'appendice xyphoïde sur lequel il s'insère, mais qui ne dépasse pas en largeur 6 à 8 millimètres.

Ces dimensions sont du reste fort variables d'un individu à un autre, ainsi du reste que la hauteur, la distance qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde étant loin d'être constante.

L'épaisseur de cette portion aponévrotique ne mesure guère que 2 à 3 millimètres.

Plus constante est sa structure, qui est maintenant bien connue. Elle est entièrement aponévrotique, son aspect est nacré et blanchâtre.

Sappey reconnaît à cette aponévrose une grande résistance : « elle représente, dit-il, une toile irrégulièrement, mais solidement tendue. »

Un simple examen la montre formée par un grand nombre de fibres qui s'entrecroisent sous des angles très variés, mais aigus pour la plupart. Ces fibres proviennent du reste des muscles et aponévroses abdominales. Mais en plus de ces fibres qui, dans leur ensemble gardent plutôt une direction transversale, il existe aussi des fibres franchement verticales ; un faisceau qui vient de l'appendice xyphoïde est particulièrement visible.

C'est cet entrecroisement qui donne à la ligne blanche sa solidité, et cette solidité est certes en faveur de la théorie embryonnaire, qui voit dans la ligne blanche l'analogue du sternum au thorax.

Indépendamment de cet entrecroisement superficiel des fibres tendineuses, il y a aussi un échange de fibres entre le plan profond et le plan superficiel. Poncet a fait à ce sujet d'intéressantes études

microscopiques et voici, d'après lui, comment on peut décrire schématiquement cette texture : Le tendon du muscle grand oblique se partage sur la ligne médiane en deux portions. La portion superficielle se continue directement avec celle du côté opposé, tandis que la portion profonde se dirige en arrière et, après avoir passé la ligne médiane, va se fixer et se continuer avec la gaine postérieure du muscle droit du côté opposé.

Des deux feuillets d'enveloppe du muscle petit oblique, le superficiel d'un côté va s'anastomoser avec le profond du côté opposé, ce qui constitue un second entrecroisement sur la ligne médiane. Quant au tendon du muscle transverse, il passe directement sans entrecroisement et se continue avec son congénère. En somme, l'on a sur la ligne médiane une imbrication et une anastomose telle que « un faisceau quelconque ne peut se tendre sans agir immédiatement sur tous les muscles du côté opposé ».

Malgré sa texture serrée et ses nombreux entrecroisements, la ligne blanche présente cependant quelques orifices dirigés de l'intérieur vers l'extérieur. Ces orifices sont variables en nombre et en dimensions. Leur forme est le plus souvent losangique ou elliptique et est due à la direction oblique des fibres aponévrotiques qui les limitent.

Ces orifices offrent pour nous un certain intérêt. Ne sont-ils pas, en effet, dans bon nombre de cas,

le point d'amorce de la hernie épigastrique ? C'est un point de la pathogénie sur lequel nous aurons à revenir, mais nous pouvons de suite faire remarquer que beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de cette question partagent cette manière de voir.

A l'état normal, on en rencontre environ quatre à cinq, disposés assez irrégulièrement sur la ligne blanche. Leur dimension est très restreinte et proportionnée à leur contenu. Par là, en effet, passent le plus souvent de petits paquets vasculo-nerveux constituant autant de petites anastomoses entre la circulation sous-péritonéale et la circulation sous-cutanée. Dans certains, l'on rencontre seulement des filets nerveux perforants provenant des cinq derniers nerfs intercostaux. C'est par la compression de ces nerfs perforants qu'un certain nombre d'auteurs expliquent les douleurs, souvent fort intenses, que l'on observe au cours de certaines hernies épigastriques. Mais souvent aussi ces petits orifices laissent seulement passer de petits pelotons graisseux, mettant ainsi en communication la graisse sous-péritonéale et la couche adipeuse sous-cutanée. Ce sont ces pelotons et cette graisse, de consistance presque liquide à la température du corps, qui, dans les efforts, transmettraient les pressions intra-abdominales et produiraient, de la sorte, une dilatation forcée des orifices aponévrotiques. Cette dilatation créerait ainsi une amorce à la hernie, soit que le peloton

graisseux entraîne le péritoine à la suite, soit qu'an contraire la disparition rapide de la graisse laisse un espace vide, véritable point faible et point d'amorce de la hernie.

De chaque côté de la ligne blanche sont les muscles grands droits de l'abdomen, dont les bords internes viennent se loger entre les deux feuillets aponévrotiques formés par le dédoublement de la ligne blanche.

Ce qui frappe, en regardant ces muscles, c'est que les fibres verticales qui les forment ne sont pas tendues depuis les insertions pubiennes de ce muscle jusqu'aux insertions costales. L'on remarque, en effet, qu'il existe des points où ce muscle est interrompu par des bandelettes aponévrotiques. Elles sont généralement au nombre de trois de chaque côté, au-dessus de l'ombilic. Etendues transversalement d'un bord à l'autre du muscle, elles ne sont pas rectilignes, mais forment plutôt des lignes brisées.

Il est probable que ces bandelettes constituent autant de points d'appui lors de la contraction des muscles droits. Mais peut-être faut-il voir là, avec Testut, une trace de la métamérisation du corps ; ces bandelettes seraient l'analogue des vertèbres en arrière et des pièces sternales au thorax.

L'on peut du reste observer de nombreuses variantes : dans certains cas, ces bandelettes existent seulement dans la partie superficielle du

muscle, les fibres profondes étant plus longues que les antérieures.

Ces intersections peuvent, par leur manque de développement, donner lieu à des hernies épigastriques, ainsi que Saujeon en a rapporté plusieurs exemples ; aussi avons-nous cru devoir les décrire avec quelque soin.

Ces notions élémentaires d'anatomie vont nous permettre d'aborder l'étude étiologique et pathogénique des hernies épigastriques.

ETIOLOGIE

Il est difficile d'avoir une idée nette de la fréquence de l'affection qui nous occupe ; cependant nous retrouvons sur ce sujet, dans la littérature médicale, un certain nombre de statistiques qui semblent montrer que la hernie épigastrique est relativement assez rare, surtout si on la compare aux autres variétés de hernies.

C'est ainsi que Sebla n'en retrouve que 3 cas sur 604 malades opérés par Zahradnicky. Brandeburg en signale 4 seulement pour 3.400 hernieux.

A la clinique d'Heidelberg, il y eut seulement 18 hernies de la ligne blanche contre 685 autres variétés d'hernies. Cluss trouve 6 hernies épigastriques sur 161 cas examinés. Hilgenreiner, 2 sur 828. Hirschkoff, 9 sur 636. Enfin Berger, dans une statistique de 10,000 cas de hernies n'en trouve que 116 siégeant à l'épigastre. Freidrich croit qu'elle existe dans la proportion de 0,35 % et malgré ce faible pourcentage, il n'hésite pas à la considérer comme plus fréquente que les hernies crurales et ombilicales.

Enfin Sebla, dans une statistique personnelle, reposant sur 28.348 opérés, trouve 223 hernies supra-ombilicales.

Mais faut-il attacher une grande importance à ces diverses statistiques. Nous adoptons volontiers à ce sujet l'opinion de Sebla et d'Ury. La hernie épigastrique est une affection qui, en dehors des cas douloureux, est peu gênante par elle-même ; au point que certainement beaucoup de malades qui en sont porteurs peuvent l'ignorer pendant fort longtemps. Et même, parmi les malades qui éprouvent soit des douleurs violentes, soit des troubles digestifs variés, c'est l'estomac qui le plus souvent est mis en cause, et l'on conçoit bien, en effet, qu'une petite hernie de la ligne blanche puisse passer inaperçue, surtout quand elle est réductible, d'autant que les malades sont presque toujours examinés couchés. N'attachons donc pas trop d'importance aux chiffres que nous avons signalé plus haut et n'hésitons pas, toutes les fois que l'attention sera attirée vers la région épigastrique, à pratiquer un examen méthodique et approfondi de la ligne blanche, qui seule permettra de déceler parfois la présence d'une petite hernie.

Il semble bien, par ailleurs, que les hommes soient plus fréquemment atteints que les femmes. Sauf, en effet, Vidal de Cassis et Malgaigne qui, incriminant surtout comme cause étiologique la

faiblesse de la paroi, mettaient le maximum de fréquence de cette affection chez la femme, nous trouvons tous les autres auteurs d'accord sur ce point ; aussi tous les chiffres qui vont suivre ont-ils plus de valeur. Berger, sur 116 hernies épigastriques, l'a rencontrée 105 fois chez l'homme et seulement 11 fois chez la femme. Roth a examiné 44 opérés et a trouvé 25 hommes. Bohland cite 37 hommes et seulement 3 femmes ; enfin Friedrich, qui a réuni 52 cas, les pourcentage ainsi : 0,41 % chez le sexe masculin, 0,08 % chez le sexe féminin. Peut-être, du reste, du cours de cette étude étiologique, pourrons-nous trouver quelques raisons capables d'expliquer un peu cette inégale répartition des hernies de la ligne blanche.

Quant à l'âge où cette affection paraît, l'accord fut pendant longtemps trop parfait, si toutefois il est permis de parler ainsi. Jusqu'en ces dernières années, en effet, l'on allait jusqu'à nier la possibilité de la hernie épigastrique chez l'enfant. Depuis ont paru les travaux de Keiler, en Allemagne, qui a opéré une petite fille de 14 jours ; de Rehn, qui a observé des hernies épigastriques dans la première enfance ; de König, qui a opéré des enfants de 10 et 13 ans. Mais c'est surtout Saujeon qui, dans sa thèse de Bordeaux, inspirée par Princeteau, a montré combien cette manière de voir était erronée. Il put, en effet, réunir une statistique personnelle de 9 hernies chez de jeunes enfants

et pour lui il s'agit là, dans certains cas, d'un défaut de développement des interlignes aponévrotiques que l'on rencontre à l'état normal dans les muscles droits. Que cette donnée cependant ne fasse pas perdre de vue que la hernie épigastrique est une affection qui frappe surtout l'âge adulte et en particulier les travailleurs.

Il ne semble pas qu'il existe d'opinion unanime entre les auteurs, en ce qui concerne les causes occasionnelles des hernies épigastriques. Pourtant, parmi toutes les opinions admises, plusieurs points méritent particulièrement d'être mis en lumière, parce qu'ils semblent les plus souvent en cause.

Nous verrons tout d'abord ce qui peut favoriser soit la formation d'une brèche, soit l'agrandissement d'un orifice déjà existant ; puis nous rechercherons les différentes causes qui provoquent ou favorisent l'issue des viscères par ces orifices : véritable stade constitutif de la hernie proprement dite.

Nous devons tout d'abord reconnaître que, dans certains cas, il semble y avoir une véritable prédisposition héréditaire ; ce qui justifierait cette croyance de Berger, que « la hernie est plutôt une maladie qu'un accident ». Le Page cite deux cas bien typiques à ce sujet. Dans le premier, c'est un enfant de 3 à 4 mois dont la grand'mère est atteinte de hernie inguinale double, dont l'oncle est lui-même porteur de deux hernies semblables et dont

le père est atteint à la fois de deux hernies inguinales et d'une hernie épigastrique. Cet enfant présentait comme son père, et exactement au même point que lui, au-dessus de l'ombilic, une hernie de la ligne blanche survenue à la suite d'efforts violents que, malade, il faisait en criant.

Dans l'autre cas, le malade, porteur de hernie épigastrique est fils de hernieux : son père et sa mère ont des hernies inguinales, et son frère a vu apparaître une hernie inguinale à l'âge de 6 ans, à la suite d'une chute.

Il n'est pas très rare, également, de voir le même individu porteur de plusieurs variétés de hernies. Berger l'a vu coïncider 7 fois avec des hernies inguinales unilatérales et 69 fois avec des hernies inguinales doubles. Ferrier a fait la même remarque ainsi, du reste, que Gussenbaüer, Chailloux et Freidrich.

Il y a là un fait à retenir, soit que l'on admette une simple coexistence, sorte de diathèse herniaire, si l'on peut s'exprimer de la sorte, soit au contraire que l'on admette la théorie de Freidrich, qui prétend que la présence d'une première hernie favorise l'apparition et le développement des autres.

A côté de ces prédispositions familiales et individuelles, il faut citer également les malformations congénitales de la région.

C'est ainsi que Vernet a signalé des cas où il y a absence de soudure de la ligne blanche sur la ligne

médiane : il en résulte des brèches plus ou moins étendues au niveau desquelles le péritoine est accolé au tissu cellulaire sous-cutané et à la peau. Rien d'étonnant qu'à ce niveau il puisse se former une hernie qui pourra prendre un développement considérable, constituant une véritable éventration.

Saujeon, dans sa thèse inspirée par Princeteau, de Bordeaux, signale des anomalies de développement dans les muscles droits. Il y aurait chez quelques individus un manque de soudure des muscles par absence ou mauvais développement des interstices aponévrotiques qui, ainsi que nous l'avons vu, les divisent en plusieurs segments. Cette cause est du reste admise par Schutz, qui fait rentrer les anomalies de développement de la gaine des droits dans les causes étiologiques de la hernie épigastrique, au même titre que les orifices de la ligne blanche, *abmagerum*, et les traumatismes.

A côté de ces causes, qui créent plutôt des prédispositions, il faut en placer d'autres plus importantes, et une grande diversité d'opinions règne à ce sujet. Les efforts, les traumatismes, la grossesse, l'amaigrissement et les maladies d'estomac ont été incriminés.

Wolker fait observer que souvent la hernie épigastrique est due à la faiblesse de la paroi. Rare chez les gens maigres et les individus dont la mus-

culature est forte, elle est au contraire fréquente chez les travailleurs faisant des efforts et portant de lourds fardeaux, ou bien encore chez ceux dont la paroi est déjà altérée.

Il cite, à l'appui de sa thèse, les cas de 18 hommes et 1 enfant porteurs de hernies épigastriques. Tous étaient crieurs de journaux et, par conséquent, faisaient de continuels efforts.

Eichel incrimine le traumatisme, au même titre que la faiblesse de la paroi. Dans certains cas, dit-il, un petit peloton graisseux propéritonéal se fraie passage à travers un orifice de la ligne blanche, soit peu à peu, soit en profitant d'une déformation congénitale. Ce peloton graisseux tire derrière lui le péritoine, formant ainsi un sac dans lequel peuvent venir se loger les anses intestinales.

Dans d'autres cas, au contraire, à la suite d'un traumatisme plus ou moins considérable, il se forme une brèche dans la paroi abdominale et le péritoine est déchiré ; la hernie n'est pas contenue dans un sac. Si, au contraire, le péritoine n'a pas été atteint par le traumatisme, il existe un véritable sac. Mais, même dans ces cas, la hernie peut ne paraître que quelques jours plus tard, ou au contraire être constatée sitôt après l'accident.

Témoins ces deux cas typiques. Un individu, protégé par un épais plastron, reçoit un coup de baïonnette un peu au-dessus de l'ombilic. Aussitôt il ressent de violentes douleurs qui vont en

s'atténuant, au point que cet homme peut reprendre son travail deux jours après, toute douleur ayant disparue. Quand tout à coup, à la suite d'un assaut, de violentes douleurs furent ressenties au point qui avait été atteint par la blessure, et elles ne disparurent plus. Ces douleurs étaient surtout intenses dans les mouvements de flexion et d'extension du corps ; elles ne subissaient pas l'influence des repas, siégeaient à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à 2 centimètres à droite de la ligne médiane.

A l'examen l'on constate la présence à ce niveau d'une hernie épigastrique. Tumeur douloureuse à la pression, mate à la percussion et irréductible. L'on sentait nettement le prolongement, s'enfonçant dans la brèche de la paroi.

Chez cet homme, le coup de baïonnette avait sans doute produit une petite déchirure de l'aponévrose. Mais grâce à la contraction musculaire, déterminée par le traumatisme lui-même, la brèche avait été fermée. Quelques jours plus tard, un violent mouvement respiratoire ou l'augmentation de pression intra-abdominale avait fait pénétrer dans l'orifice une petite frange épiploïque qui avait subi un commencement d'étranglement et provoqué la réapparition des douleurs.

Le second cas cité par Eichel est le suivant : un homme, en soulevant de lourdes caisses, ressent subitement au-dessus de l'ombilic une douleur, si

soudaine et si violente, qu'il dut lâcher son fardeau. Immédiatement après, il sentit, au lieu même où avait siégé sa douleur, une petite boule qui ne disparut point. Les douleurs également persistèrent.

Ces deux observations sont très nettes et correspondent bien aux deux mécanismes suivant lesquels agirait le traumatisme.

Riedel cite également un cas où les douleurs étaient survenues sitôt après le traumatisme. L'opération montra qu'il s'agissait d'un petit lipôme, gros comme une cerise, engagé dans une brèche de 1/2 centimètre environ, existant dans la gaine postérieure du muscle grand droit.

Rehn cite également le cas d'un employé de tramway qui, à la suite d'un choc violent de la voiture qu'il conduisait, ressentit une violente douleur à l'épigastre. Le médecin qui vit ce malade aussitôt après l'accident constata, à ce niveau, la présence d'une tumeur qui disparaissait au moment des repas pour se remontrer quelque temps après. L'auteur croit que dans ce cas il existait, antérieurement au traumatisme, une petite brèche dans la paroi ; ce choc n'avait fait que déterminer le passage de la hernie.

Liniger admet bien le traumatisme parmi les causes étiologiques, mais il croit plutôt à la préexistence d'une brèche. Pour pouvoir incriminer sûrement le traumatisme il faut, dit-il : constater, d'une part, que la tumeur se prolonge par un

pédicule à travers une brèche aponévrotique et, d'autre part, être sûr que cette tumeur s'est montrée sitôt après l'accident.

Schutz, Roth, Thies croient également que ce traumatisme peut faire apparaître une hernie épigastrique. Le traumatisme peut du reste n'être pas direct. C'est ainsi par exemple que les efforts violents, en augmentant brusquement la pression intra-abdominale, peuvent agir de la même façon que les chocs directs. Kauffmann incrimine le fait de porter de lourds fardeaux, ainsi que les efforts violents que font certains travailleurs pour se redresser.

Morh rapporte le fait suivant : un individu était obligé de rouler de lourdes pièces de toile pour en faire des ballots. Pour ce travail, deux hommes s'asseyaient par terre, les pieds arqueboutés sur le ballot, et tiraient sur des cordes jusqu'à ce que leurs épaules viennent toucher la terre. Dans ces conditions, il se produisait de petites déchirures de la ligne blanche, et Morh admet deux explications de la hernie : ou bien ce sont les mouvements de flexion qui produisent les déchirures, ou bien il y avait faiblesse de la paroi et les mouvements n'ont fait que favoriser l'issue de la hernie.

Cependant, contrairement à la plupart des auteurs, Le Bœuf ne croit pas que le traumatisme puisse être, à proprement parler, invoqué dans l'étiologie des hernies épigastriques. Pour lui, en

effet, le trauma produirait une éventration et non une hernie. En réalité, cette diversité d'opinions semble plutôt rouler sur les mots que sur l'affection elle-même.

La plupart des auteurs classiques admettent, au contraire, le traumatisme. Nous croyons cependant qu'en dehors des cas où un traumatisme direct produit une déchirure aponévrotique nette, à lui seul le trauma ne pourrait produire une hernie. Il faut qu'il y ait soit une prédisposition, soit, ainsi que le disait Mohr, une faiblesse de la paroi qui se laisse forcer.

En dehors de ces cas où l'étiologie traumatique est très nette, l'on a invoqué beaucoup d'autres causes ; c'est ainsi que l'on a cité l'amaigrissement. L'on a bien décrit quelques cas où l'amaigrissement a fait disparaître la hernie, constituant presque une cure radicale. Le Bœuf, par exemple, cite un cas de Bousquet. Un malade maigrit de 32 kilos en 13 mois, à la suite d'un régime, et voit disparaître à la fois sa hernie et son obésité. Tout porte à croire qu'il s'agissait là d'une simple hernie graisseuse.

L'amaigrissement, en effet, en faisant disparaître la graisse qui traverse les orifices aponévrotiques avec les paquets vasculo-nerveux, permet au contraire le passage d'une pointe de hernie. Peut-être est-ce par l'amaigrissement qu'il faudrait expliquer la coexistence de la hernie épigas-

trique avec les affections stomacales, notamment le cancer.

Witzel (1890) remarque cette coexistence et croit que l'amaigrissement est une cause prédisposante.

Rehn fait la même remarque et pense que les contractions stomacales et les efforts de vomissements facilitent l'insinuation de la graisse dans les orifices de la ligne blanche.

Gonzalès del Valle décrit une hernie épigastrique avec péritonite diffuse, consécutive à une gastrite toxique.

Il faut également citer parmi les causes étiologiques la péritonite adhésive décrite par Tripier et Paviot. Sur 18 malades que ces auteurs ont observé et qui étaient porteurs de hernies épigastriques, 16 fois il y avait des lésions de péritonite sous-hépatique, épaississement du péritoine, épiploïte et adhérences.

Les auteurs anciens considéraient ces lésions comme secondaires à la hernie. Pour Tripier et Paviot, au contraire, c'est l'inverse qui se produisait. Il se ferait au niveau de la péritonite une dégénérescence du tissu musculaire qui, en diminuant sa résistance, favoriserait l'apparition de la hernie.

Ces auteurs pensent également que la grossesse, par la distension rapide qu'elle produit sur la paroi abdominale, dilate les orifices de la ligne

blanche et favorise ainsi le passage de la graisse sous-péritonéale et du péritoine.

Lucas-Championnière et Greene Cumston croient également au rôle prédisposant de la grossesse.

Mais que ces auteurs admettent le traumatisme, qu'ils incriminent les efforts, l'amaigrissement ou la grossesse, tous sont unanimes pour parler du lipome herniaire et du rôle joué par la graisse sous péritonéale. C'est là, en effet, la cause réelle de la hernie épigastrique, et c'est un des mérites de Lucas-Championnière que de l'avoir mis en lumière et d'en avoir expliqué le mécanisme.

Normalement, en effet, l'aponévrose de la ligne blanche sépare deux couches graisseuses distinctes : la graisse contenue dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané et la graisse sous-péritonéale. De l'un à l'autre, ainsi que nous l'avons vu, passent seulement quelques vaisseaux.

Si la graisse était, chez le vivant, comme nous sommes accoutumés à la voir sur le cadavre, il n'y aurait aucune cause pour qu'une hernie se produise, à la condition, bien entendu, que les orifices n'aient rien d'anormal. Mais cette consistance de la graisse est un phénomène cadavérique. A la température du corps, en effet, ainsi que l'a justement fait remarquer Lucas-Championnière, la graisse est liquide, formée de gouttelettes très fines, contenue dans un tissu à mailles lâches.

Dans cet état, la graisse se comporte comme les

liquides et obéit aux mêmes lois physiques qu'eux. Or, nous savons que les liquides transmettent d'une façon particulièrement remarquable les pressions que l'on exerce sur eux, et ces liquides s'insinuent facilement dans les petits orifices et arrivent à les distendre. N'est-ce pas, du reste, cette propriété qu'utilisent les accoucheurs quand ils emploient le ballon de Champetier de Ribes ?

Nous trouvons ici toutes ces conditions réunies. Un orifice petit, mais assez facilement extensible, surtout chez les sujets prédisposés ; la pression abdominale qui subit des modifications fréquentes, soit au moment des repas, soit pendant les grands mouvements respiratoires, soit pendant l'effort ; et enfin la graisse liquide qui transmet intégralement toutes ces pressions.

Ces augmentations de pressions avait préoccupé Lemierre, qui citait parmi ces causes : l'ascite, l'obésité, la grossesse et toutes les tumeurs abdominales.

Cet auteur prétendait même qu'à l'état normal la pression abdominale est plus forte dans la partie sus-ombilicale que dans la partie inférieure, et ce qui le montre, dit-il, c'est la difficulté que l'on éprouve pour réunir l'aponévrose et fermer l'abdomen dans les laparotomies sus-ombilicales. Nous nous demandons si cette dernière assertion est bien exacte et si plutôt il ne faut pas voir, dans la difficulté de suture des laparotomies sus-ombili-

cales, ce simple fait que les muscles abdominaux grand oblique, petit oblique et transverse tendent, par la fixité de leur insertion postérieure, à s'opposer à la réunion de la ligne blanche sectionnée.

Quoi qu'il en soit, l'augmentation de pression de la graisse produirait d'abord un effondrement des orifices normaux, les fibres tendineuses s'écartant peu à peu, et la graisse sous-péritonéale s'engagerait dans cet orifice distendu.

Si la lésion s'arrête là, nous n'aurons qu'une hernie graisseuse. Mais que l'orifice cède davantage et que l'augmentation de pression continue à se faire sentir avec la même intensité, derrière cette graisse passera le péritoine, entraîné d'une façon presque mécanique.

Ainsi se trouve expliqué par Lucas-Championnière le mécanisme des hernies épigastriques.

Cette explication, basée sur des données anatomiques et physiologiques est fort vraisemblable et, en tout cas, rend parfaitement compte des divers degrés de hernie épigastrique que nous décrirons dans le chapitre suivant. Mais retenons bien qu'il faut, pour que cette affection se produise, une malformation de la paroi abdominale, qu'elle soit congénitale ou acquise, et le passage de la graisse seule ou suivie du péritoine, véritable sac qui pourra contenir l'épiploon ou l'intestin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie de la région épigastrique, que celle-ci présentait une certaine étendue et que, de plus, elle était formée d'une portion médiane, aponévrotique, et de deux portions latérales, musculaires.

Nous avons vu également que les orifices qui existent à l'état normal dans cette région ne revêtaient pas toujours la même disposition. Aussi ne sera-t-on pas étonné de la variabilité du siège de la hernie épigastrique.

C'est ainsi que Le Page l'a vu siéger 15 fois sur la ligne médiane, tandis que 2 fois seulement elle était à droite et une seule à gauche.

Muller aussi insiste sur la diversité du siège, tout en reconnaissant, cependant, le maximum de fréquence sur la ligne médiane.

La hernie épigastrique diffère donc bien, à ce point de vue, des autres variétés de hernies, inguinales ou crurales, dont le siège est constant chez tous les individus. Il n'est pas jusqu'à la distance de la hernie à l'ombilic qui soit variable. La brèche

aponévrotique peut en effet se trouver sur toute l'étendue de la ligne blanche ; cependant il faut bien reconnaître que, dans la majorité des cas, c'est dans la portion inférieure et plus près de l'ombilic que l'on rencontre surtout la hernie épigastrique.

L'on peut cependant rencontrer des variantes, voire même de véritables anomalies ; tel, par exemple, le cas relaté par Fritsch, dans lequel la hernie passait par une brèche de l'appendice xyphoïde.

Le plus souvent, la hernie est unique, mais il n'est pas rare d'en trouver plusieurs chez le même individu. C'est ainsi que Le Bœuf en a vu deux chez un de ses malades. Berger et Jaboulay citent chacun un cas où il existait, chez le même individu, quatre hernies épigastriques situées les unes au-dessus des autres, sur la ligne médiane.

Ceci n'a rien de bien étonnant, puisque nous avons vu que beaucoup d'auteurs considèrent presque la hernie comme une maladie, une dystrophie particulière. Il n'est, du reste, pas plus étonnant de voir plusieurs hernies épigastriques que de voir une hernie inguinale double ou plusieurs variétés de hernies coexister chez le même individu.

De même que pour les autres variétés de hernies, le volume peut varier infiniment. Cependant, ici les grosses hernies sont rares ; la hernie épiga-

trique est le plus souvent de petit volume, celui d'une fraise ou d'une noix.

Nous ne trouvons dans la littérature médicale que quelques cas où le volume était plus considérable, en particulier le fait de Terrier, où la hernie atteignait le volume du poing.

La brèche aponévrotique est aussi de petites dimensions. Le Page l'a trouvée le plus souvent ronde et ayant environ la dimension d'une pièce de 50 centimes ; rarement elle était linéaire.

Muller croit que cet orifice peut être de direction verticale ou longitudinale, suivant la direction des fibres qui le bordent ; mais, en tout cas, il le croit petit. C'est, dit-il, quand il mesure quelques centimètres de diamètre que l'on peut y rencontrer de l'épiploon.

La majorité des auteurs qui ont étudié cette question des dimensions de l'orifice et du volume des hernies épigastriques semblent donc être à peu près d'accord. Cependant nous devons citer, à titre de documentation, un certain nombre d'anomalies.

Hedlant cite un cas où l'orifice qui laissait passer la hernie mesurait 10 centimètres carrés.

Klaussner a trouvé un orifice mesurant 13 centimètres de long et allant de la pointe de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. Cette hernie contenait de l'intestin et de l'épiploon, le tout irréductible.

Miles rapporte un cas où la brèche aponévro-

tique allait de la symphyse pubienne à l'appendice xyphoïde. Mais ici, il ne peut vraiment pas être question d'orifice herniaire. C'est une anomalie congénitale, un défaut de soudure de la gaine des muscles droits sur la ligne médiane.

Peut-être, du reste, y a-t-il là un point de pathogénie intéressant, et l'on comprend bien en effet qu'un défaut de soudure des deux muscles droits sur la ligne médiane doit former un orifice qui peut laisser passer soit de la graisse seulement, soit le péritoine et son contenu. Cependant, Princeteau et Saujeon prétendent que jamais chez l'enfant ils n'ont vu d'orifice préformé, créant une amorce pour la hernie.

D'autre part, Témoin, de Bourges, a fait faire des recherches à ce sujet : préexistence d'orifices, par Launay. Sur 16 sujets examinés, 9 fois il n'existait pas d'orifices anormaux. Dans les 7 autres cas il y avait des orifices. Chez un sujet il ne livrait passage à rien, mais chez les 6 autres il existait des lipomes de volume variable. Et l'auteur fait remarquer que chez ces 6 sujets il y avait 5 hommes et une seule femme. Parmi ces 6 sujets également, il y avait 3 maigres, 2 normaux et un seul était gras. Ces données confirment ce que nous avons dit au chapitre étiologique.

Quelles que soient les dimensions de l'orifice, voyons maintenant ce qui y passe et la constitution même de la hernie.

Contrairement aux autres tumeurs herniaires, même à la dissection la plus fine et la plus attentive, il n'est pas toujours possible d'isoler un sac formé, comme dans les autres hernies, par le péritoine. Ceci nous semble explicable pour deux raisons. D'abord, dans cette partie de l'abdomen le péritoine est d'une minceur extrême, telle qu'au cours d'une laparotomie sus-ombilicale il est le plus souvent impossible de fermer le péritoine sans prendre en même temps l'aponévrose et de plus, dans bien des cas, l'on ne trouve pas le sac parce qu'il n'existe pas ; ceci se voit dans les cas, assez nombreux, où l'on a affaire à une hernie graisseuse. C'est seulement la graisse sous-péritonéale qui est herniée, le péritoine n'ayant pas glissé.

Ces diversités d'aspect des hernies épigastriques avaient déjà frappé Terrier, qui distinguait quatre variétés : des hernies graisseuses avec ou sans diverticules péritonéaux, des hernies graisseuses avec sac et épiploon, des hernies épiploïques franches sans lipôme, et enfin des hernies intestino-épiploïques.

Mais il semble bien que c'est la première variété qui prédomine le plus. Kelling cite comme étant les plus fréquents les cas où la graisse fait hernie à travers une brèche aponévrotique.

Tillaux également a rencontré le plus souvent un simple lipome herniaire.

Muller croit que le contenu des hernies épigastriques est des plus variable ; c'est tantôt un sac vide, tantôt un sac contenant quelques franges épiploïques, mais en tout cas rarement de l'intestin et surtout jamais de l'estomac.

Thoma a examiné le contenu de 36 hernies de la ligne blanche et il a trouvé : dans 6 cas seulement de la graisse sous-péritonéale ; dans 26 cas, au contraire, il y avait de l'épiploon, mais 4 seulement renfermaient de l'intestin.

Phoger, lui aussi, a fait des recherches à ce sujet. Sur 86 malades examinés, il a trouvé : 39 cas où il y avait seulement de la graisse, 31 de l'épiploon, 11 fois il y avait un sac vide et 5 fois seulement ce sac contenait de l'intestin.

Il semble donc, d'après ces statistiques, qu'il faille admettre la présence la plus fréquente d'une simple hernie graisseuse, soit qu'il s'agisse de la graisse sous-péritonéale seule, soit qu'il y ait aussi de l'épiploon adhérent au sac et plus ou moins fusionné avec lui. Le Page rapporte, en effet, que sur 19 hernies épigastriques qui contenaient de l'épiploon, 17 fois celui-ci était adhérent au sac.

Mais à côté de ces cas, il faut également faire place à d'autres où l'on rencontre dans la hernie d'autres organes.

C'est ainsi que Tedenat cite un cas de hernie épigastrique avec cystocèle. Ce fait est assez rare,

puisque cet auteur n'a pu réunir que neuf observations analogues.

Gaget a rencontré la vésicule biliaire ; ce malade fut opéré de sa hernie et guérit parfaitement.

Le Page a vu, chez un malade, le ligament suspenseur du foie contenu dans une hernie épigastrique.

Enfin Blanc a observé, dit-il, « un cas de hernie épigastrique de l'estomac qui eût fait la joie de Garengot ». Il s'agissait d'un malade qui, 11 ans avant, avait reçu un coup de pied de vache. Il eut alors une syncope et fut pris de douleurs violentes et d'intolérance gastrique. Il dut garder le lit pendant 2 mois et fut amélioré.

Depuis ce moment est apparue une petite hernie épigastrique. Il y a 2 ans, ce malade fut pris d'hématémèse et l'on diagnostiqua un ulcère de l'estomac.

Le malade fut mis au régime lacté ; mais les troubles gastriques vont en s'accroissant. On fait alors le diagnostic de hernie intestino-épiploïque et le malade fut opéré.

On trouva un lipome mou, un sac mince, friable, s'étendant à droite, à travers une éraillure de la ligne blanche. Un coin de la grande courbure de l'estomac s'y engageait et portait un sillon de stricture très net. Pas d'adhérences, Cure radicale. Guérison.

Vassel cite ce cas de Blanc et un autre de Latar-

get et Adenot, où il existait une fistule stomacale à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette fistule était apparue à la suite de l'étranglement et du sphacèle d'une hernie épigastrique non opérée.

Enfin Hedland a vu, dit-il, une hernie de l'estomac chez un homme de 59 ans, porteur de sa hernie depuis 17 ans. L'estomac, très dilaté, fut cathétérisé et contenait 3 litres 1/2 de liquide.

Dans la hernie se trouvait aussi de l'intestin et de l'épiploon.

Quoi qu'il en soit de ces cas, qui évidemment concordent avec les idées de Garengoet et de Pipplet et mériteraient bien le nom de gastrocèle, il faut bien reconnaître que ce ne sont que de rares exceptions dont il est bon de connaître l'existence, tout en se souvenant que lors de l'intervention l'on trouvera le plus souvent de la graisse avec ou sans sac.

SYMPTOMATOLOGIE

Pour l'étude des symptômes que présente la hernie épigastrique, nous croyons qu'étant donné leur diversité et leur variabilité, leur simple énumération serait insuffisante et cadrerait mal avec le but de cette étude.

Aussi croyons-nous plus intéressant, en même temps que plus juste, de grouper les hernies épigastriques d'après leurs formes cliniques.

Nous décrirons donc deux grands groupes. Tout d'abord, les hernies non douloureuses, qui ne se manifestent uniquement que par les signes physiques et qui, parfois, peuvent même, par suite de leur indolence, être méconnues par ceux qui en sont porteurs. Dans un second groupe, nous étudierons les hernies douloureuses de l'épigastre. Ce sont celles qui sont les plus gênantes et pour lesquelles le médecin est consulté.

Cependant, même dans ce groupe, nous ferons une légère division. Il est en effet certaines hernies qui s'accompagnent de symptômes divers, soit digestifs, soit douloureux, mais ces symptômes

sont dus à une lésion autre que la hernie. En un mot, il y a coexistence certaine avec une lésion sous-jacente, et nous séparerons ces cas de ceux plus nombreux où les symptômes soit digestifs, soit douloureux, revêtent des caractères variés qui ne rappellent en rien une lésion déterminée des organes voisins et de l'estomac en particulier.

C'est précisément dans ces cas mal définis que le diagnostic pourra errer. Il faudra penser à la coexistence possible de la hernie avec une autre affection, principalement l'ulcère ou le cancer de l'estomac.

C'est également dans ces cas que le traitement devra être non seulement curateur de la hernie, mais aussi explorateur, permettant de découvrir et de traiter efficacement ce que la clinique permet seulement de soupçonner.

Hernie épigastrique non douloureuse

Nous n'essaierons pas d'en décrire le mode de début. En dehors des traumatismes, en effet, il est toujours insidieux. Souvent le malade s'en aperçoit par hasard et malgré ses recherches il lui est impossible d'indiquer la date d'apparition.

L'examen du malade devra être fait fort attentivement, car souvent une petite hernie épigastrique, surtout chez un individu un peu obèse, peut parfaitement passer inaperçue. Il sera bon, en

tout cas, de faire un examen comparatif, le sujet étant couché, puis debout. Chez le malade d'Arnaud de Villeneuve, ce fut seulement cet examen debout qui permit de constater la présence d'une tumeur à l'épigastre.

L'examen à jour frisant, l'abdomen et le thorax du malade étant largement découverts, facilite beaucoup les recherches. Il permet souvent de remarquer sur la ligne médiane une petite bosse-lure, à peine appréciable. Les mouvements respiratoires et les secousses de toux en modifient parfois les caractères et le volume, mais ce phénomène est inconstant.

Parfois, au contraire, cet examen à jour frisant fera constater non pas une tumeur unique, mais au contraire plusieurs petites superposées. Le malade dont Jaboulay rapporte l'histoire présentait ainsi sur la ligne médiane, qui avait une longueur anormale, trois petites hernies étagées sur la ligne médiane. Il était en outre affligé d'une hernie crurale.

Les caractères fournis par le palper sont forts intéressants et permettent seuls de porter un diagnostic ferme. La première impression obtenue est souvent celle d'un ganglion roulant sous le doigt.

Mobile dans le sens latéral et vertical, son volume est des plus variables. Mais cependant, ainsi que nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, il ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon ou d'une

noix. La surface de cet ovoïde est le plus souvent lisse ; mais, ainsi que l'a fait remarquer Le Page elle est souvent bosselée, rappelant le lipome.

Les mouvements que l'on peut imprimer à cette masse sont cependant limités, et l'on arrive à sentir un petit cordon dur qui, partant de la tumeur, s'engage dans un orifice de la ligne blanche et disparaît dans la profondeur. Ce signe est capital et c'est un fort bon élément de diagnostic.

Rien de plus variable que la consistance, et ceci n'est pas fait pour nous étonner, puisque nous savons que le contenu diffère suivant les cas. Est-ce une hernie graisseuse ? La consistance est celle du lipome. Si c'est une hernie épiploïque, la consistance en sera plus ferme et plus grenue. Si c'est l'intestin, les renseignements seront les mêmes que ceux fournis par les autres variétés de hernies intestinales. Cette tumeur est parfois réductible, et cette réduction donne des sensations appropriées avec le contenu de la hernie. Toujours est-il que cette réduction obtenue, l'on trouve à la place de la hernie un orifice rond ou elliptique, admettant ordinairement le bout du doigt. C'est encore un important élément de diagnostic. Dans les cas d'irréductibilité, la palpation montrera un pédicule mince s'engageant dans l'aponévrose. Contrairement à ce que l'on observe dans les autres variétés de hernies, la réduction est parfois douloureuse, mais cette douleur disparaît vite.

Les renseignements donnés par la percussion ont ici la même valeur que dans la hernie inguinale ou crurale. Mais vraiment, étant donné la petitesse de la tumeur et sa mobilité, il n'y a pas lieu de s'attarder longuement.

Litten, dans un travail récent, décrit un signe nouveau qui, pour lui, aurait une grande valeur. Si l'on fait tousser le malade, celui-ci étant couché ou debout, le haut du corps rejeté en arrière, la main appliquée sur la saillie abdominale perçoit un ébranlement vibratoire. C'est une sorte de frémissement qui donne la sensation soit du choc d'un liquide, soit de pois projetés contre la main. Litter pense, pour expliquer ces sensations, que le liquide intestinal, comprimé par l'effort, vient heurter les parois de l'intestin et y détermine des vibrations qui se transmettent au sac herniaire. La sensation de pois serait due à la projection de petits lobes graisseux de l'épiploon.

Tels sont, en somme, brièvement exposés, les caractères de la hernie épigastrique non douloureuse.

La plupart des auteurs s'accordent à considérer cette forme comme assez rare. Wolker, par exemple, sur 19 hernies épigastriques, n'en a trouvé que 2 qui ne causaient aucun trouble. Mais peut-être y a-t-il là un défaut d'observation ou ignorance réelle des malades.

Hernie épigastrique douloureuse

En étudiant cette catégorie, nous ne reviendrons pas sur les signes physiques qui sont absolument semblables à la forme clinique non douloureuse. Cependant, il convient de remarquer que l'examen de la tumeur herniaire, le palper et surtout la réduction s'accompagnent de douleurs assez violentes.

C'est du reste le siège persistant de la douleur qui incite le malade à se palper et lui fait découvrir une petite tumeur, pour laquelle il va consulter.

Nous dirons d'abord quelques mots des cas où il y a coexistence évidente de la hernie avec une affection stomacale, et nous citerons, comme exemple typique, l'observation suivante qu'a bien voulu nous communiquer le docteur Delore, de Lyon. Il s'agit d'un homme de 68 ans, envoyé avec le diagnostic de cancer du pylore. On constate, en outre de tous les signes d'une sténose pylorique carcinomateuse (douleurs, tumeur, contractions péristaltiques, amaigrissement, méléœna), une petite hernie épigastrique fort ancienne et qui, par elle-même, ne provoque aucune gêne.

Evidemment, dans des cas semblables, seul un défaut d'examen peut faire attribuer à la hernie tous les troubles digestifs dont le malade se plaint.

Chez un individu qui fait des hématomés, et qui est en même temps porteur d'une hernie épigastrique, il est bien évident que l'on ne peut incriminer la hernie et qu'il faut chercher autre part la cause d'accidents aussi graves.

Nous avons tenu à signaler ces cas de coexistence évidente. Nous aborderons maintenant l'étude plus approfondie et plus intéressante des hernies de la ligne blanche, douloureuses, mais dont les douleurs revêtent un tableau clinique variable et ne répondant pas à une affection déterminée. Ces douleurs peuvent faire croire tantôt au tabès, tantôt à des névralgies intercostales, mais plus souvent à une affection stomacale, principalement l'ulcère et le cancer.

Le début de cette affection est souvent insidieux. C'est un homme qui, jusque là bien portant, éprouve au moment des repas ou à leur suite, en rentrant d'une longue marche, des douleurs légères, survenant par crises, pouvant aller jusqu'à provoquer des vomissements. Ces crises douloureuses ont toujours le même point de départ : le creux épigastrique et s'irradient ensuite ; le malade les attribue le plus souvent à l'estomac. Ce n'est qu'un jour, en se palpant, qu'il découvre par hasard une petite tumeur douloureuse et qu'il se décide à se faire opérer. Dans d'autres cas, même la palpation attentive ne fait rien découvrir, tel le cas rapporté par Mohr.

Un homme de 34 ans, auparavant bien portant, éprouve des douleurs légères qui vont en s'accroissant progressivement et, au bout de six mois, s'exaspèrent encore, surtout intenses lors des mouvements du tronc ou des repas. L'appétit, qui s'était bien conservé, diminue très vite ; amaigrissement rapide. La douleur siègeait à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La pression était douloureuse en ce point. Ce ne fut qu'à l'opération que l'on put constater la présence d'une hernie épigastrique.

D'autres fois, par contre, c'est brusquement que la douleur apparaît, surtout quand il s'agit de ces hernies survenant à la suite d'un effort violent ou d'un traumatisme, comme nous l'avons décrit et en avons donné des exemples au chapitre étiologique.

Quoi qu'il en soit, une fois la douleur établie, elle persiste et revêt des caractères très variables.

Chez tel malade, c'est une sorte de tiraillement au creux épigastrique, une sensation de pesanteur, quelques éructations revenant après les repas ; chez un autre, ce sont des douleurs vives, s'irradiant aux lombes, des sensations de brûlure et parfois aussi des vomissements. Chailloux fait remarquer que souvent ces symptômes se rapprochent de ceux de l'ataxie locomotrice. Lemierre, qui a surtout insisté sur ces phénomènes douloureux et digestifs, au point qu'il admet des hernies

épigastriques sans tumeurs, a même signalé des hématomés et de la dilatation d'estomac. Mais d'après cet auteur, l'influence des repas est variable suivant les individus : les uns y trouvent une amélioration passagère ; d'autres, au contraire les redoutent, sachant qu'ils provoquent une recrudescence de leurs souffrances.

Muller croit que dans les débuts de l'affection la douleur survient après les repas, mais que dans la suite elle se montre brusquement, sans cause apparente. Tous les auteurs, Riedel, Freidrich, Rehn, Berger, Le Page décrivent ces phénomènes douloureux qui s'accompagnent souvent de vomissements ; ces derniers seraient dus à des phénomènes réflexes. Weisinger dit même avoir observé, en plus des douleurs, du météorisme et des selles sanglantes, tous ces phénomènes ayant disparu au bout de 8 à 10 jours.

Agostinelli a vu une malade vomir 17 fois dans un jour.

Enfin, à côté de ces douleurs variables, il faut signaler les phénomènes généraux qui sont la conséquence d'une mauvaise alimentation et qui se manifestent par de l'amaigrissement, de la perte des forces et même, d'après Lemierre, pourraient aller jusqu'à faire apparaître de la neurasthénie.

Chailloux et Vernet prétendent également que les malades atteints de hernies épigastriques douloureuses ont une démarche spéciale. Courbés en

avant, ils cherchent à relâcher les muscles de leur paroi abdominale.

Lemierre a longuement insisté sur l'intensité de ces phénomènes douloureux et généraux, et il va jusqu'à dire : « Si la hernie n'est pas appréciable, il faut la diagnostiquer à l'aide des phénomènes fonctionnels. » Nous avons déjà dit que nous ne croyions pas possible d'admettre cette manière de voir, sauf peut-être de très rares exceptions, le phénomène caractéristique de la hernie étant avant tout la tumeur.

Bohland a fait le pourcentage de ces troubles fonctionnels au cours des hernies épigastriques, et il les signale dans 67 % des cas. Dans 50 %, il y aurait des vomissements, et il a trouvé des troubles digestifs dans 30 % des cas.

L'on ne peut manquer d'être frappé de l'intensité et de la fréquence des phénomènes douloureux au cours des hernies épigastriques, alors que nous sommes accoutumés à voir de volumineuses hernies crurales et surtout inguinales qui ne donnent de gêne que par leur volume et provoquent rarement des phénomènes intestinaux. Pourquoi une petite hernie épigastrique à peine appréciable donne-t-elle tant de douleur ? N'était-ce point déjà essayer de solutionner ce problème, que faisait Garengot quand il invoquait la présence de l'estomac dans le sac herniaire ?

Mais quand les opérations, fréquemment prati-

quées, eurent montré que presque jamais l'on ne se trouvait en présence de cet organe, il fallut chercher une autre explication logique.

Gussenbauer et Chailloux ont émis à ce sujet une hypothèse très judicieuse, basée sur des données anatomiques certaines. Nous avons montré, en décrivant la ligne blanche, qu'il existait, normalement, des orifices de petites dimensions, généralement 5 de chaque côté, qui faisaient passer des paquets vasculo-nerveux, du tissu cellulaire sous-cutané dans le tissu graisseux sous-péritonéal. Or, nous avons vu d'autre part, que Lucas-Championnière explique la formation des hernies épigastriques justement par le passage à travers ces mêmes orifices de la graisse sous-péritonéale, qui va former le lipome herniaire.

Il est logique de penser que ce passage, à travers un orifice qui présente une certaine rigidité, de la graisse fluide, dont la tension va en augmentant lors des efforts, peut arriver à comprimer les paquets vasculo-nerveux sur les bords tranchants de l'orifice aponévrotique. Cette compression nerveuse produirait et expliquerait les douleurs. Cette hypothèse, dont le point de départ repose sur une donnée anatomique très certaine, a une grande valeur, mais n'explique pas les irradiations douloureuses.

Chailloux croit qu'il existe des anastomoses nerveuses entre les derniers nerfs intercostaux (qui

passent par les orifices aponévrotiques) et le réseau sympathique des nerfs de l'estomac. Ce sont ces anastomoses qui produiraient ces irradiations à distance et les troubles du réseau sympathique suffiraient à expliquer les phénomènes stomacaux et digestifs.

Cette hypothèse mérite d'être retenue, car elle suffit à expliquer bien des cas de hernie épigastrique douloureuse. C'est à elle également que se range Kelling.

Mais d'autres auteurs ont été frappés par ce fait que souvent l'on a affaire à une simple hernie épiploïque. Le Page fut ainsi amené à penser que les irradiations du côté de l'estomac pouvaient être dues à son tiraillement par l'intermédiaire de l'épiploon. Cet organe, en effet, retenu d'une part dans la hernie, et souvent adhérent, s'implante normalement sur la grande courbure de l'estomac. Ainsi fixé à ses deux extrémités, il ne pourrait plus suivre l'estomac lors de ses mouvements péristaltiques ou lors de sa distension passagère au moment des repas. Ainsi seraient expliqués les douleurs et les troubles digestifs observés dans les heures qui suivent l'ingestion des aliments.

Cette hypothèse n'est en tout cas applicable qu'aux cas où l'on trouve à l'opération une hernie épiploïque ; encore faudrait-il, pour qu'elle soit absolument logique, que l'épiploon fût adhérent et d'une brièveté rare, ce qui n'est pas la règle.

En tout cas, si ces deux hypothèses étaient les seules admissibles, une fois le malade opéré et débarrassé de sa hernie, toute douleur digestive, toute irradiation, toute gêne devraient disparaître. Les persistance ne seraient explicables que par une récurrence au niveau de la cicatrice opératoire.

Nous sommes ainsi amenés à concevoir une autre hypothèse et nous la trouvons exposée dans le travail de Capelle, de Breslau.

Cet auteur a recherché le sort des 48 malades qu'il a opérés de hernie épigastrique, à la clinique de Breslau. Tous furent opérés par le même procédé : résection du lipome préherniaire, excision du sac et réfection de la paroi, en suturant l'une à l'autre les deux gaines des muscles droits. Par suite de l'uniformité du procédé, les résultats n'en sont que plus probants. Sur ces 48 malades, 27 seulement ont pu être retrouvés, fait évidemment regrettable ; mais cependant ce nombre est suffisant pour permettre de raisonner et de dégager quelques conclusions.

Sur ces 27 malades, Capelle signale qu'il y a eu seulement 9 guérisons totales ; tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue anatomique. Les 18 autres opérés continuent à souffrir ; mais pour certains la cause de leur douleur est connue. C'est ainsi que 6 opérés ont des récurrences nettes de leurs hernies, résultat assez fréquent, ainsi que nous aurons l'occasion de le voir. Pour les 18 opé-

rés restant, malgré l'examen le plus attentif au niveau de leur cicatrice opératoire, Capelle n'a pas constaté de récurrence en tant que hernie, mais ces 12 malades continuent à souffrir. Capelle les classe ainsi : 5 d'entre eux souffrent au niveau de leur cicatrice. Chez deux de ceux-ci, la douleur est due à la présence de fils non résorbables qui ont été employés pour faire la suture : il s'agit de crins de Florence laissés à demeure. Notion intéressante pour l'avenir, car, ainsi que le fait remarquer Capelle, ce mode de suture doit être rejeté. Chez les 3 autres malades, au lieu de faire une suture plan par plan, il avait été fait une suture totale, et l'auteur pense qu'il a pu se produire des adhérences probablement épiploïques à ce niveau, ce qui expliquerait la persistance des douleurs et des troubles digestifs, puisqu'encore une fois il n'y a pas, à proprement parler, de récurrence de la hernie.

Restent donc 7 malades qui forment le groupe le plus intéressant et sur lequel il faut particulièrement attirer l'attention. Chez tous ces 7, malgré une très bonne cicatrice et l'absence complète de récurrence, les troubles digestifs et douloureux qui existaient avant l'intervention continuent à se montrer, sans que l'ablation de la hernie ait produit aucun soulagement.

Chez deux de ces malades, l'on put savoir qu'il existait un néoplasme de l'estomac qui évoluait déjà au moment de l'intervention sur la hernie,

mais qui passa complètement inaperçu. Ces deux malades n'ont pas tardé, du reste, à succomber à cette affection.

Quant aux 5 autres, Capelle n'hésite pas à penser qu'il devait exister chez eux une lésion gastrique, probablement un ulcère, qui ne fut pas remarqué parce que les symptômes en étaient frustes.

Cette hypothèse avait, du reste, été déjà admise par Hornborg et Lindenstein. Hornborg a opéré 22 malades de hernie épigastrique, et parmi eux 7 sont morts très rapidement et un autre est en traitement. Hornborg attribue la mort de ces 7 malades à un cancer de l'estomac.

Capelle conclut de ces intéressantes recherches que le chirurgien, en présence d'une hernie épigastrique, accompagnée de phénomènes digestifs et douloureux, ne doit pas se contenter d'un examen superficiel et se hâter d'attribuer à la hernie seule les troubles qu'il constate. Il doit faire un examen attentif de l'estomac et en étudier le chimisme.

De plus, lorsqu'il opère cette hernie, il doit faire une véritable laparotomie exploratrice et s'assurer qu'il n'existe pas sur l'estomac une lésion, cause des troubles constatés chez le malade.

Ces faits doivent être pris en considération, car ils expliquent fort bien la douleur et les troubles digestifs que l'on observe souvent dans les hernies

épigastriques. Ils en rendent mieux compte que les théories de Gussenbauer, Chailloux et Le Page.

C'est presque un retour, si l'on peut dire, vers le « gastrocèle » de Garengoet.

Il semble donc qu'il y a là une nouvelle zone d'observation dont les auteurs allemands semblent avoir surtout profité. Il est probable que le jour où l'on observera mieux et où l'on fera l'exploration méthodique de l'estomac, des observations semblables viendront à l'appui de cette manière de voir.

Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ont, du reste, permis de retrouver un certain nombre de faits absolument analogues et qui méritent d'être rapprochés de ceux de Capelle et de Hornborg. C'est ainsi que Riedel dit avoir opéré 3 cas de hernies épigastriques où des douleurs vagues d'estomac étaient en réalité dues à un ulcère.

Miles rapporte 6 cas qu'il a observés attentivement et dans lesquels il a pu relever des symptômes très accentués qui pouvaient faire penser à un ulcère de l'estomac, voir même du jejunum ou de l'iléon.

Strauss, de Berlin, dans une discussion au Congrès de Chirurgie allemand de 1902, au sujet de l'ulcère de l'estomac, dit avoir observé 4 fois une coexistence avec la hernie épigastrique. Pour lui, ainsi que nous le verrons, il n'y a pas seulement

coexistence : la hernie favorise et empêche la guérison de l'ulcère.

Deux observations semblables sont également dues à Mezger. Malgré tous nos efforts nous n'avons pu nous les procurer, bien que Muller en fasse mention dans son mémoire.

Ury, de Charlottenburg, a publié deux cas typiques que nous reproduisons (obs. VI et VII), et il ajoute : j'ai parcouru les anciennes statistiques de la Polyclinique de 1899 à 1909, et j'ai trouvé encore 3 cas plus anciens de coexistence d'ulcère de l'estomac et de hernie épigastrique, dont deux ont été observés par moi-même. Puis viennent encore quelques cas de hernies épigastriques au cours desquelles on diagnostiqua un ulcère de l'estomac, mais le diagnostic est incertain, car l'hémorragie manqua.

En tout cas, il faut se mettre dans la tête la possibilité d'une coexistence.

Cependant, il ne faudrait pas croire que de semblables faits sont seulement connus en Allemagne. Nous reproduisons plus loin une observation de Soper qui est très nette.

En France, quelques travaux ont paru sur ce sujet. Déjà en 1902, Témoin, de Bourges, avait insisté sur la coexistence de la hernie épigastrique et du cancer de l'estomac. Mais il n'en tirait pas de conclusions. Après avoir rapporté l'observation que l'on lira plus loin (obs. I), il ajoutait : « Il

semble que les vomissements répétés prédisposent les malades aux néoplasmes. Quatre de mes opérés de hernie épigastrique sont morts de cancer d'estomac : l'un âgé de 52 ans, le second de 54 ans, le troisième de 47 ans et le dernier de 42 ans. Chez un autre malade qui vomissait depuis près de deux ans, je trouvai un carcinome péritonéal que je découvris parce que la hernie, grosse comme une graine de chènevis, était dure comme un grain de plomb. Je pensai à un néoplasme, j'ouvris la cavité abdominale et je trouvai le péritoine farci de granulations carcinomateuses. »

Ainsi donc, dans ce cas, Témoin avait pratiqué la méthode exploratrice, qui était encore inconnue et qui devrait être la méthode de choix.

Peu après que Capelle eut écrit son article notre maître, le Professeur Poisson, eut l'occasion d'observer dans son service un malade atteint de hernie épigastrique particulièrement douloureuse, et il eut l'idée bien arrêtée de pratiquer l'exploration de l'estomac. L'on verra en lisant l'observation (obs. VIII) qu'une alerte chloroformique empêcha cette exploration. Le malade mourut dans les jours suivants d'une perforation d'un ulcère de l'estomac, ainsi que le montra l'autopsie. Il est probable que dans ce cas l'exploration aurait permis de reconnaître l'ulcère et d'appliquer un traitement approprié.

Nous trouvons encore, à ce sujet, trois observa-

tions de Leriche et Bérard, de Lyon, qui donnèrent lieu à une discussion intéressante sur laquelle nous aurons occasion de revenir. Le docteur Cade, de Lyon, a bien voulu nous communiquer une observation personnelle ayant également trait à un cas de coexistence de hernie épigastrique avec un cancer de l'estomac.

Nous devons également au docteur Rivet, de Nantes, un cas inédit où un carcinome de l'estomac et du pancréas fit croire à l'étranglement d'une hernie épigastrique dont le malade était porteur. C'est seulement l'intervention qui montra la véritable cause des douleurs.

Le nombre relativement restreint de ces cas pourra paraître peu élevé, si on le compare au nombre des interventions pour hernie épigastrique douloureuse ayant produit une guérison définitive. Cette remarque est fort vraie ; cependant nous devons faire remarquer qu'il s'agit là d'une donnée récente. Il est probable que le jour où, en présence d'une hernie très douloureuse, l'on fera une exploration de l'estomac, méthodiquement conduite, pour s'assurer qu'il n'existe là aucune zone indurée, aucune adhérence pathologique, ce jour-là l'on arrivera probablement à supprimer certaines récurrences douloureuses de ces hernies que l'on observe encore trop souvent.

Nous ne voulons point, par cette manière de voir, prétendre que dans toutes les hernies épigas-

triques douloureuses il y a coexistence d'une affection gastrique ; ce serait aller contre l'évidence même.

Nous admettons parfaitement que, dans certains cas, les douleurs et les troubles digestifs sont dus à des compressions des paquets vasculo-nerveux, à des troubles réflexes ou à des tiraillements épiploïques.

Mais, ainsi que les faits le démontrent, dans d'autres cas c'est la lésion gastrique qui est tout, la hernie est accusée à faux et n'est qu'un épiphénomène.

Comme alors s'expliquent bien l'influence des repas sur les douleurs, les vomissements et même les phénomènes généraux. C'est, du reste, ce que vient de montrer Cuinet, en étudiant la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. Les lésions organiques de l'estomac, dit-il, sont plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusque là. Elles existent dans environ un tiers des cas.

Beaucoup de médecins attendent, pour porter le diagnostic ferme d'ulcère de l'estomac, l'apparition de l'hématémèse. Evidemment, ce signe a une valeur considérable ; cependant, nous croyons qu'en présence de douleurs et de troubles digestifs graves, résistant au repos et au traitement habituel, l'on peut très bien penser à un ulcère et procéder à une exploration qui permettra parfois d'appliquer un traitement souverain.

Avant Capelle, Witzel avait déjà remarqué que souvent la hernie épigastrique se rencontrait chez des malades atteints d'affections organiques de l'estomac, mais, ainsi que Témoin, il n'avait pas tiré de cette constatation des conclusions au point de vue thérapeutique.

De même, du reste, à l'heure actuelle, l'on est tenté de voir dans ces faits une simple coexistence et rien de plus. Mais d'autres auteurs vont plus loin ; c'est ainsi qu'Ury cite les opinions de Strauss, de Berlin, et de Kelling, de Dresde. D'après eux, non seulement dans certains cas il y aurait une coexistence simple, mais la hernie jouerait un rôle actif soit en provoquant la formation de l'ulcère, soit au contraire en gênant sa guérison.

Strauss croit à cette possibilité que la hernie épigastrique peut favoriser l'apparition d'un ulcère de l'estomac, par suite de la traction perpétuelle exercée sur la paroi stomacale.

Pour Kelling, il existe des relations intimes entre les filets nerveux du plexus cardiaque et les filets nerveux sensitifs de la paroi abdominale. Grâce à l'excitation secondaire due à la hernie épigastrique, des filets sympathiques sur le chemin des nerfs sensitifs de la paroi abdominale, il peut se faire une vaso-constriction des artères de l'estomac, et ainsi peut être favorisée la formation d'un ulcère et empêchée sa guérison.

Que l'on admette ou non ces dernières hypothèses, il est démontré que dans certaines hernies épigastriques douloureuses il y a autre chose qu'une hernie. Aussi ne saurions-nous trop insister pour faire admettre les conclusions du travail de Capelle. Il faut, au cours de l'intervention, aller explorer l'estomac.

Cette exploration, absolument sans danger, peut seule permettre d'obtenir une guérison radicale.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Ainsi que nous l'avons dit, la hernie épigastrique se caractérise par une tumeur, généralement peu volumineuse, siégeant entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde ; le plus souvent sur la ligne médiane. Cette tumeur, de consistance molle, est fréquemment douloureuse, et les douleurs qu'elle provoque rappellent, par beaucoup de points, les douleurs dues à des affections organiques de l'estomac.

Par une palpation attentive l'on peut, le plus souvent, arriver à sentir les bords tranchants de l'orifice aponévrotique qui livre passage à la hernie. C'est là un des meilleurs caractères pour établir le diagnostic.

Peut-on confondre une hernie épigastrique avec une hernie ombilicale ? English croit que le siège très voisin de ces deux affections peut être une cause d'erreur. D'après cet auteur, la hernie ombilicale apparaît avec un anneau parfaitement rond, facilement perceptible au niveau de l'ombilic. Son accroissement serait également beau-

coup plus rapide ; tandis qu'au contraire la hernie épigastrique sort de l'abdomen par un orifice plus allongé, qui est absolument indépendant de la cicatrice ombilicale.

En tout cas, les symptômes ne se modifient que très lentement. Mais il est bien évident, qu'à la suite d'un trauma par exemple, ou si la brèche aponévrotique vient à communiquer avec la cicatrice ombilicale le diagnostic devient impossible. Mais ceci n'a pas une importance capitale ; car quel que soit le point de départ, l'intervention reste aussi indiquée et peut parfaitement faire disparaître la hernie, quel que soit son point d'origine.

Ainsi que le fait remarquer Muller, des crampes d'estomac survenant sous forme de coliques et de douleurs non caractérisées au niveau de la ligne blanche, peuvent sembler le fait de douleurs intercostales survenant après l'influenza ou de douleurs lithiasiques.

Plus délicat est le diagnostic entre la hernie épigastrique et le lipome sous-péritonéal. Le siège est en effet le même, la consistance peut d'autant plus prêter à confusion que, comme nous l'avons vu, le plus souvent la hernie épigastrique est une hernie graisseuse ou contenant de l'épiploon. Il n'y a que l'opération qui puisse trancher le diagnostic, aussi Miles considère-t-il qu'une erreur à ce sujet ne saurait être préjudiciable au malade.

Freidrich croit que, en raison des symptômes stomacaux il faudrait différencier les hernies épigastriques de toutes les affections stomacales et il cite à ce propos un cas où le malade tabétique était atteint d'une hernie de la ligne blanche.

Gilles de la Tourette croit l'erreur de diagnostic possible avec l'hystérie. Les crises débutent avec l'ingestion des aliments, s'accompagnent de hoquet, de convulsions cloniques et souvent, d'après Ruillez, de douleurs épigastriques. Ce sont les autres stigmates de l'hystérie qui feront faire le diagnostic.

Lemierre, a particulièrement insisté dans sa thèse sur la difficulté que l'on éprouve à différencier les petites hernies épigastriques de toutes les affections stomacales et des dyspepsies en particulier. Cet auteur croit que s'il existe une tumeur épigastrique, c'est chose facile mais, dit-il, si cette tumeur fait défaut, il faut faire le diagnostic en se basant sur les signes fonctionnels. Et il ajoute que si l'on y pensait plus souvent, chez certains malades traités pour dyspepsie, l'on découvrirait une hernie épigastrique, et que l'intervention amènerait rapidement une guérison, là où échouent les traitements médicaux les mieux conduits et les plus suivis.

Peut-on faire le diagnostic différentiel entre les troubles dus à la hernie et ceux qui dépendent d'un ulcère de l'estomac ? Evidemment quand, non seu-

lement il existe des douleurs, mais quand aussi l'on observe des phénomènes de sténose et quand surtout les troubles digestifs s'accompagnent d'hématémèses, le diagnostic ne saurait faire grande difficulté. Comment, en effet, comprendre une hématomèse due à une simple hernie ? Il faudrait admettre qu'une portion de la paroi stomacale ait pénétré dans la hernie. Or nous avons vu que ce fait ne se produisait pas. S'il y a des hématomèses il faut donc poser le diagnostic d'ulcère, et tous les médecins sont d'accord sur ce point.

Mais en l'absence de ce symptôme l'embarras est grand, ainsi que le montrent les erreurs de diagnostic qui se produisent.

Kelling a, dit-il, observé deux malades dont les symptômes faisaient penser à un ulcère. Ils furent opérés de hernie épigastrique et l'opération les guérit radicalement. Il croit donc que dans ces cas il s'agissait d'une compression des filets nerveux du sympathique et de troubles digestifs reflexes.

Les douleurs sont, en effet, les mêmes dans les deux affections, ce sont des sensations de brûlure ; ces douleurs augmentent d'intensité après les repas. D'après Kelling, l'accroissement de ces douleurs par l'effort, par le fait de porter de lourds fardeaux, ou par les mouvements de flexion et d'extension du corps est nécessaire pour poser le diagnostic, encore ne peuvent-ils le trancher dans tous les cas.

Le siège précis de la douleur, limitée à un point de la ligne blanche, peut aussi aider à poser le diagnostic de hernie. Au contraire, la perte de l'appétit, l'amaigrissement et surtout les hématuries plaident pour l'ulcère.

Il faut remarquer, de plus, que généralement l'ulcère est une affection qui atteint surtout les femmes et plutôt les femmes jeunes, tandis que comme nous l'ont montré les diverses statistiques que nous avons citées au chapitre étiologique, ce sont surtout les hommes qui sont atteints de hernie épigastrique et, en particulier, les travailleurs et ceux qui font habituellement des travaux de force.

Mais ce qui complique singulièrement la question, c'est que dans bien des cas où la hernie épigastrique donne lieu à des troubles mal définis, il peut y avoir coexistence de ces deux affections, hernie et ulcère.

Nous avons déjà vu qu'un certain nombre d'auteurs en ont cité des cas.

Riedel, lui aussi, a opéré 3 malades atteints de hernie épigastrique qui souffraient depuis longtemps de douleurs d'estomac sans caractères nets. Chez ces trois malades, ces douleurs étaient sous la dépendance d'un ulcère.

Nous rappellerons ici les cas de coexistence que nous nous avons précédemment cités, ceux de Strauss, Mezger, Ury, Miles, Soper, Poisson, Leriche, Franke, Mikulitz.

Mezger insiste sur la difficulté du diagnostic entre la hernie épigastrique et l'ulcère et cite 2 cas où après l'opération les douleurs, qui d'abord avaient diminué, réapparurent parce qu'elles avaient leur cause dans un ulcère de l'estomac.

Mohr a, dans ces dernières années, opéré 2 hernies épigastriques où il trouva un point très douloureux au toucher au niveau de la ligne médiane et qu'il rapporte à la même cause.

Comme Mezger, Ury décrit deux cas semblables où il avait rapporté les douleurs de l'ulcère à la hernie.

Strauss, dans une discussion qui eut lieu au Congrès de Chirurgie de Berlin en 1902, au sujet du rapport du Professeur C.-A. Ewald, s'exprime ainsi : « M. Ewald a signalé l'importance de la hernie épigastrique et je connais aussi plusieurs cas de hernies épigastriques qui furent longtemps prises pour des ulcères de l'estomac. Le diagnostic différentiel a donc une haute importance, et il me semble même que cette importance va plus loin encore, car j'ai observé 4 fois la coïncidence de hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac. Deux fois il s'agissait de cas d'ulcère du pylore, si bien que je crois à cette possibilité que la hernie peut favoriser l'apparition de l'ulcère par suite de la traction perpétuelle exercée sur la paroi stomacale. »

Tous ces cas montrent la difficulté de diagnos-

tic entre la hernie et l'ulcère. Quand il s'agit d'un cancer de l'estomac, les difficultés sont les mêmes, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

Mais cette difficulté du diagnostic nous permettra d'insister sur un mode de traitement capable à la fois de traiter la hernie elle-même et de s'assurer qu'il n'y a rien de caché derrière elle.

Quant au pronostic, il est considéré comme assez bénin. Greene-Cumston croit le traitement efficace. Miles considère l'opération comme facile et sans danger. Des 6 malades qu'il a opérés, tous ont guéri rapidement et sans incident.

L'on peut cependant observer de l'irréductibilité de la hernie. C'est ainsi que Greene-Cumston a observé de l'épiploïte et croit qu'elle était la cause de l'irréductibilité de la hernie.

Comme dans les autres variétés de hernies, il existe aussi des récidives.

Hartmann a opéré 54 malades de hernies épigastriques et a eu 3 récidives. Lindenstien, sur 13 opérés, a eu 2 succès.

Le Page, sur 17 opérés par le même procédé, a vu 3 récidives. O. Vulpius, sur 41 cas, en a eu 6. Niehuess, une seule sur 10 cas. Enfin Le Boëuf n'a pas trouvé de récidive parmi ceux de ses 14 malades qu'il a pu retrouver.

Ces récidives nombreuses tiennent, croyons-nous, à la constitution aponévrotique de la paroi au niveau de la ligne blanche. Elle se laisse peu

mobiliser, les efforts de toux et de vomissements qui suivent l'opération tiraillent la suture. Enfin, il faut aussi se souvenir que la faiblesse de la paroi qui a permis à la hernie de se montrer une première fois, peut très bien jouer un rôle dans sa récurrence.

Il existe encore une complication plus redoutable et qui vient de faire le sujet de la thèse de Fabre : c'est l'étranglement. Complication peu fréquente, puisqu'il n'en existe que 8 ou 9 cas connus. D'après une observation personnelle de cet auteur, la grossesse favoriserait cette complication.

Quoi qu'il en soit, l'étranglement de la hernie épigastrique est d'une gravité exceptionnelle et demande un traitement rapide et radical, mais qui ne diffère pas de celui mis en œuvre dans l'étranglement des autres variétés de hernies.

TRAITEMENT

Le traitement des hernies épigastriques n'a pas toujours été celui que nous sommes accoutumés à voir employer aujourd'hui. Une des premières interventions chirurgicales pour cette affection fut faite par Terrier en 1886, et voici ce que cet auteur écrit à ce sujet :

Dans le fascicule 2 du tome VI du *Traité de Pathologie externe* de Follier et S. Duplay, paru vers 1880, il est dit que le traitement des hernies de la ligne blanche « ne présente rien de particulier. On maintiendra la réduction des viscères à l'aide d'un bandage analogue à celui de la hernie ombilicale ; mais, en raison des difficultés de la contention, il sera souvent nécessaire d'avoir recours à l'emploi d'un corset ou d'une large ceinture embrassant toute la circonférence de l'abdomen ». Le traitement, pour le professeur Duplay, est donc entièrement palliatif.

Quant à la hernie graisseuse, « elle ne réclame aucun traitement spécial. Lorsqu'elle est réductible, on peut employer contre elle un bandage

analogue à celui qui convient aux hernies ordinaires ». L'auteur ajoute même : « On devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, dans le but d'exciser la tumeur ; car on doit toujours craindre qu'il n'existe un prolongement séreux dont l'ouverture pourrait être l'origine d'accidents graves. »

En 1882 paraît la deuxième édition des *Éléments de Pathologie* de Nilalord. Ce volume, revu par A. Desprès, contient cette note au sujet du traitement des hernies de la ligne blanche : « Nous n'avons que peu de choses à dire sur le traitement des hernies de la ligne blanche : on devra réduire ces tumeurs et les maintenir en se conformant aux préceptes que nous avons donné pour la hernie ombilicale. Un bandage quelconque tient bien sur les gastriques. » Quant aux hernies graisseuses, il ne faut pas les exciser. « Nous pensons, dit A. Desprès, qu'une pareille conduite serait contre les règles de la prudence, car il ne faut pas oublier que la partie profonde (de la tumeur graisseuse) présente des connexions intimes avec le péritoine et qu'une inflammation de la séreuse abdominale pourrait être la conséquence d'une opération en apparence dépourvue de tout danger. »

Dans le *Traité de Pathologie interne* de Poulet et Bousquet (1885), on trouve fort peu de choses sur la hernie épigastrique. « Dans la majorité des cas, disent-ils, le chirurgien parvient facilement à faire

rentrer ces petites hernies dans l'abdomen, mais la contention nécessite des appareils particuliers ; il faut, le plus souvent, faire porter au malade une large ceinture. »

Terrier ajoute que, contrairement aux auteurs classiques, il a cru devoir intervenir et, après avoir donné ses observations de cure radicale, il indique sa technique qui est la suivante : après désinfection de la peau aussi soignée que possible, incision plutôt verticale, quelquefois en croix, suivant les besoins. On trouve le tissu cellulo-grasieux abondant, que l'on dissèque jusqu'aux plans aponévrotiques.

Incision du lipôme couche par couche, pour vérifier l'existence d'un sac. Si ce sac existe, il faut le réséquer et le fermer par des points au catgut. Si l'on trouve de l'épiploon adhérent, il faut l'exciser.

On avive ensuite les bords de l'anneau fibreux et on le suture soit au catgut, soit au erin, mais en faisant un seul plan de suture pour l'aponévrose et pour la peau.

Telle fut une des premières manières de faire.

Il semble bien qu'actuellement, par suite des progrès accomplis par la chirurgie et aussi en voyant les résultats obtenus, tous les auteurs sont d'accord pour conseiller la cure radicale dans les hernies épigastriques. Car ainsi que le fait remarquer Eichel, les bandages ne sont indiqués qu'en

cas de hernie petite, bien maintenue et bien réductible, car le bandage nuit plutôt qu'il n'est utile dans les cas contraires. L'opération seule donne de vrais résultats, elle consiste à débrider et à libérer le sac, avec ou sans résection des franges épiploïques. Il ne faut pas chercher à réduire la hernie épigastrique, même si elle se réduisait bien, car si elle contient de l'intestin celui-ci se névrose vite.

Depuis Terrier, nombreux ont été les procédés employés pour la cure radicale des hernies épigastriques.

Le Page, dans sa thèse, indique une méthode opératoire due au Professeur Segond. L'incision et la découverte du sac se font de la même façon, ainsi que sa résection, mais cet auteur conseille de faire les sutures plan par plan.

Chailloux donne le procédé de Lucas-Championnière, qui ne diffère des précédents qu'en ce qu'il faut débrider l'anneau lui-même dans le sens vertical. Ce débridement facilite beaucoup la suture et la reconstitution de la paroi.

La difficulté, en effet, dans la cure radicale de la hernie épigastrique n'est pas la cure en elle-même : c'est la reconstitution de la paroi. Les récurrences, nous l'avons vu, sont assez fréquentes. Aussi décrirons-nous brièvement les différents procédés mis en œuvre pour obturer l'anneau d'une façon durable.

Princeteau a exposé, dans la thèse de Saujeon,

un procédé d'obturation par volets aponévrotiques qui se rapproche beaucoup de celui employé par Quénu pour les hernies ombilicales, et de celui décrit par Patel dans la thèse de Vallot.

Il consiste à obturer d'abord l'anneau fibreux aponévrotique soit au catgut, soit au tendon de renne ; puis l'on fait une incision longitudinale à 1 centimètre $1/2$ de la ligne blanche, sur la gaine antérieure des muscles droits. Après avoir disséqué ces deux lambeaux aponévrotiques, on le suture.

L'on réunit par dessus ce premier plan aponévrotique les muscles droits avec leurs aponévroses antérieures, ce qui constitue, par dessus le premier, un second plan résistant, de sorte que l'orifice herniaire est recouvert par deux plans aponévrotiques, comprenant entre eux un plan musculaire.

En présence d'orifices larges, l'on pourra avoir recours à d'autres procédés, surtout employés pour la hernie ombilicale.

Dauriac fait l'entrecroisement des muscles droits, mais un entrecroisement partiel. Il taille dans chaque muscle une bandelette ayant le tiers de la largeur totale. Il la sectionne à la partie inférieure et l'entrecroise avec celle du côté opposé.

Savariaud et Sapiejko ont décrit des procédés qui ont pour but d'augmenter la surface de contact des deux lèvres aponévrotiques. Ils consistent à faire chevaucher l'une sur l'autre les deux parois

« à la manière d'un gilet croisé, boutonné sur le côté interne ».

Monge et Bruning ont décrit, en 1908, un procédé de cure radicale par section transversale, qu'ils ont employé chez une femme de 26 ans. Ce procédé, qui forme une fermeture hermétique, a l'inconvénient, croyons-nous, d'être d'une exécution longue et difficile. Il consiste en :

1° Section transversale de la peau et du feuillet antérieur de la gaine des droits, assez large pour permettre de libérer entièrement les muscles des deux feuillets de leur gaine ;

2° Séparation des deux feuillets de la gaine par section frontale de la ligne blanche, permettant de rapprocher les deux bords internes des muscles droits ;

Après traitement approprié à la hernie :

3° Union des muscles droits sur la ligne médiane ;

4° Fermeture de la gaine par rapprochement des lèvres aponévrotiques transversalement sectionnées.

La ligne de suture des droits et de l'aponévrose en croix se donnent un mutuel appui et résistent mieux à la poussée abdominale.

Enfin, en cas de récurrence, l'on pourra avoir recours au procédé utilisé par Læven en 1910, sur un homme de 50 ans ayant eu une hernie épigastrique grosse comme le poing. Trois cures radi-

cales avaient été suivies de trois récidives, 4^e opération en avril 1909. La fermeture de l'orifice est impossible à cause de l'écartement et de l'inextensibilité de ses bords. Læven fit alors une implantation, entre le péritoine et l'aponévrose amincie, d'un lambeau de périoste mesurant 10 centimètres sur 13 centimètres, prélevé sur la face antérieure des deux tibias.

11 mois après il n'y avait pas de récidive,

Quoi qu'il en soit du procédé que l'on choisira pour faire la cure radicale de la hernie épigastrique, nous devons nous demander, après ce que nous avons vu, si le traitement doit être seulement curatif et s'il ne doit pas devenir explorateur.

Etant données les difficultés du diagnostic entre la hernie épigastrique et l'ulcère de l'estomac ; étant données les erreurs qui peuvent en résulter, erreurs surtout préjudiciables au malade, parce qu'elles font perdre un temps précieux, surtout quand il s'agit d'ulcérations malignes de l'estomac, ne devons-nous pas accepter et faire nôtres les conclusions du travail de Capelle : « Le chirurgien, en présence d'une hernie épigastrique accompagnée de symptômes digestifs et douloureux, ne doit pas se hâter de rapporter ces troubles gastriques à l'existence de la hernie, mais faire un examen attentif de l'estomac et en étudier le chimisme. De même, au moment de l'opération, il faut faire une véritable laparotomie exploratrice, permet-

tant d'examiner l'estomac et de ne pas laisser passer inaperçu un ulcère ou un cancer au début. »

Nous croyons que les observations que l'on lira plus loin plaident grandement en faveur de cette acceptation. Pour une fois que cette manière de faire fut mise en pratique (obs. XII), elle fit découvrir un cancer de l'estomac. Dans deux autres cas (obs. X et XI), il fallut, dans les mois qui suivirent une cure radicale, faire une nouvelle intervention pour des lésions gastriques.

La seule objection qui pourrait être faite est l'ouverture large du péritoine. Mais qui oserait la soutenir actuellement ? Faite dans les conditions requises, elle ne présente aucun danger et, au contraire, ainsi que le dit Cuinet, cette laparotomie exploratrice permet de s'assurer du parfait état de l'estomac, et le chirurgien peut porter un pronostic exact, sans risquer d'encourir les reproches du malade si la guérison n'était pas radicale.

« Il ne s'agit pas de savoir, écrit Leriche en 1911, si l'on a fait parfois des erreurs de diagnostic, en rapportant à une hernie épigastrique des troubles qui relevaient d'une lésion organique de l'estomac ; il s'agit uniquement de savoir si, contrairement à l'enseignement classique, il ne faut pas, toujours, en présence d'une hernie épigastrique avec troubles digestifs, suspecter une affection organique de l'estomac ou de l'intestin et si l'on

ne doit pas, systématiquement, au moment de l'intervention, aller vérifier l'intégrité des organes digestifs. »

Nous ne pouvons que répondre par l'affirmative à cette question si exactement posée, convaincus, quant à nous, que cette méthode est incapable de causer le moindre ennui.

Le traitement explorateur de l'estomac est le seul qui puisse donner toute garantie et toute chance de guérison radicale des hernies épigastriques douloureuses et accompagnées de troubles digestifs.

OBSERVATIONS

Observation I

(TÉMOIN, de Bourges. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1902). — Hernie épigastrique coexistant avec un cancer de l'estomac.

François P..., 54 ans, demeurant à Bourges. Cet homme raconte que depuis 4 ans, il vomit constamment. Pendant 2 ans 1/2, il s'est fort bien porté. Puis, à l'occasion d'une fatigue il a été repris, et depuis un an, il ne cesse de vomir.

Cependant, quand il garde le lit, l'état de faiblesse dans lequel il est tombé l'y oblige, il digère mieux.

La cachexie est profonde et il ressemble à un cancéreux. L'examen révèle un point très douloureux, et comme il est très maigre, on sent une légère nodosité à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Je l'opère en 1897. Je trouve une hernie très nette. La guérison est rapide et il reprend son travail.

Un an après il revient me trouver ; cette fois, il s'agissait d'un cancer de l'estomac, dont il est mort 16 mois après l'opération de la hernie.

Observation II

(In thèse de LE PAGE).

M. C..., 35 ans, souffre de crises gastriques continuelles, depuis cinq ans et demi. Les vomissements sont bilieux, alimentaires, et d'une abondance extrême. Fréquentes éructations gazeuses. Depuis cinq ans, le malade a tout essayé comme traitement. Le médecin du malade diagnostique une hernie épigastrique et conseille l'intervention qui est pratiquée par Borally. On trouve une hernie épiploïque très adhérente. Résection de 6 centimètres d'épiploon et de sac herniaire.

Pendant quelques jours, tout va bien. Mais quinze jours après l'opération, les troubles reparaissent sous forme de vomissements alimentaires et de crises douloureuses, et continuent comme par le passé. Ce malade a été revu par MM. les professeurs Potain et Peter « qui n'ont pu établir positivement le diagnostic ». Le malade est mort au milieu des plus vives souffrances.

L'autopsie n'a pas été faite, mais il est probable que si elle eut été pratiquée, on aurait trouvé quelque lésion organique sous-jacente pour expliquer les troubles présentés par ce malade, qu'une simple cure radicale n'avait pas amélioré.

Observation III

(CAPELLE. — *Beitr. zur Klin. — Chirurg.*, 1909).

Jardinier, 40 ans. Le malade a subi un traumatisme il y a trois ans ; depuis ce traumatisme sont apparues des douleurs épigastriques, surtout internes, après le travail. A l'examen, on constate une hernie de la ligne blanche, arrondie, non réductible. Le chimisme stomacal est pratiqué et montre une légère hyperchlorhydrie et la présence d'acide lactique. Il y a une légère rétention stomacale. Laparotomie sus-ombilicale. On trouve, au niveau de la grande courbure, 6 centimètres avant le pylore, une ulcération de la grosseur d'une pièce de 1 franc et qui présente tous les caractères de l'ulcère typique. On ne trouve pas d'adhérences. Fermeture de la paroi à trois étages avec de la soie. Suites normales. Revu deux ans et deux mois après l'opération, le malade est dans un assez bon état. Les douleurs épigastriques persistent cependant, mais sont moins accusées qu'avant l'opération.

Observation IV

(CAPELLE. — *Ibidem*).

H..., 43 ans. Depuis trois semaines, le malade se plaint de douleurs épigastriques, sous forme de crampes, surtout fortes le soir, et sans rapport avec l'ingestion des aliments.

Sur la ligne blanche, on note une hernie épigastrique,

facilement réductible. Les douleurs épigastriques sont si accusées qu'on pense à l'hystérie.

Opération : Lipôme herniaire pré-péritonéal ; on fait une laparotomie exploratrice à cause des douleurs abdominales. Pas d'adhérences sur la région pylorique. Sur la paroi postérieure de la petite courbure, on trouve trois points d'infiltration, gros comme une pièce de 3 marks, avec des adhérences au pancréas. La pylorectomie est impossible, et on se contente de faire une gastro-entéro-anastomose.

Fermeture de la paroi. Mort quatre mois après.

L'autopsie confirme l'existence d'un cancer de l'estomac.

Observation V

(CAPELLE. — *Ibidem*).

K..., 34 ans, se plaint depuis deux ans de violentes douleurs épigastriques, se produisant après les repas et se répétant tous les jours. Hernie épigastrique réductible.

Pas de rétention stomacale ; Hcl, pas d'acide lactique.

A l'opération, on trouve des adhérences assez grêles sur le pylore et le duodenum. Adhérences à la pointe de l'appendice. On libère toutes ces adhérences et on ferme la paroi par trois plans de suture.

Suites opératoires excellentes.

Six mois après l'opération, l'état du malade reste parfait et cet homme peut se livrer sans gêne à des travaux pénibles.

Observation VI

(URY. — *Medizinische Klinik*, 25 avril 1909). — Coexistence d'hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac.

Ouvrier de 56 ans, porteur de 4 hernies, savoir : 1 supra-ombilicale, 1 ombilicale, 1 petit lipôme préperitonéal de l'épaisseur d'un haricot, au-dessus du « processus ensiforme » et 1 petite hernie inguinale droite. La hernie supra-ombilicale, située un peu au-dessus de l'ombilic, a le volume d'une grosse noix ; c'est la plus importante.

Cette hernie est actuellement irréductible, et subit pendant les efforts de toux, des impulsions accompagnées de douleurs vives. On y constate un phénomène très analogue au frémissement hydatique.

L'observation se résume ainsi. Depuis la Pentecôte, alors qu'il travaillait au percement d'un tunnel, le malade ressent de fréquentes douleurs pendant son travail, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic. Bientôt, surviennent des douleurs après les repas et des vomissements fréquents. Le malade est alors soigné en septembre dans une clinique de maladies d'estomac, par le repos au lit et des applications de compresses chaudes, mais sans succès.

A la fin de décembre, il a dû avoir des coliques très violentes, avec vomissements. On lui donne un lavement ; il va à la selle, mais la région supra-ombilicale est très tendue. Comme les indispositions et les douleurs reviennent toujours, le malade m'est envoyé avec le diagnostic : Coliques intestinales.

A l'examen, je constate alors une forte tension de la hernie supra-ombilicale. Le cathétérisme de l'estomac donne un liquide brunâtre, très riche en sang et en acide. Après repos au lit, diète lactée et administration de bismuth, les douleurs diminuent peu à peu ; les selles ne contiennent positivement plus de sang, et le malade peut supporter sans douleurs une nourriture plus abondante.

Ainsi dans ce cas, on a vu pendant très longtemps que la hernie était la cause essentielle et indubitable des douleurs, alors que le malade avait, en outre, un ulcère de l'estomac.

Observation VII

(URY. *Ibidem*). — Hernie épigastrique coexistant avec un ulcère.

Il s'agit d'un employé des Postes de Charlottenburg, âgé de 38 ans. Il était malade depuis 10 ans. Il eut d'abord des aigreurs et des brûlures d'estomac fréquentes, qui devinrent de plus en plus fortes. A cause de cela il fut opéré il y a 2 ans d'une hernie supra-ombilicale à l'hôpital de l'Ouest.

La cicatrice est encore visible ; à droite s'est formée une petite récidive insignifiante.

Pendant six semaines, après son opération, le malade alla mieux ; puis les douleurs d'estomac réapparurent, survenant, tantôt immédiatement, tantôt une heure après les repas. En septembre 1908, il eut des vomissements

presque quotidiens et à la fin de septembre, des hématomèses pour lesquelles, il vint me trouver.

Après administration de bismuth, les douleurs diminuent peu à peu et il n'y a plus de sang dans les selles.

Amaigrissement de 10 kilogrammes. Au commencement de janvier 1909, douleurs dans la région stomacale, calmées par des emplâtres.

Maintenant le malade va bien.

Donc dans ce cas, encore, on a mis longtemps les douleurs sur le compte de la hernie, alors que selon toute vraisemblance, elles relevaient d'un ulcère de l'estomac.

Observation VIII

(POISSON et LANOUE. *Gazette Médicale de Nantes*, 18 décembre 1909). — Hernie épigastrique douloureuse coexistant avec un ulcère de l'estomac. — Mort par perforation de l'ulcère.

L... était marchand forain, âgé de 50 ans, entaché d'alcoolisme invétéré et habituel. Il y a 3 ans, il aurait présenté des phénomènes de gastrite éthylique : pituites matutinales, pyrosis, vomissements alimentaires, nullement influencés d'ailleurs par les repas. Jamais il n'a eu d'hématémèses ni de mœlena.

Dès cette époque, il est mis au régime lacté et il affirme qu'il ne s'en est pas départi un seul jour.

En février 1908, il vint à l'Hôtel-Dieu, où on le soigne pendant 15 jours pour dyspepsie. Depuis sa sortie, il souffre

beaucoup moins, grâce à la médication qu'il suit, simultanément mixture chlorhydrique et paquets de saturation. Mais il y a quelques mois sont apparues des douleurs à point de départ au niveau de l'épigastre. Au moment de ses crises, L... se courbe en deux, comme si le relâchement de sa paroi abdominale le soulageait. C'est pour ces douleurs qu'il rentre salle C. A l'examen, on constate, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, une hernie de la ligne blanche, réductible. Au moment des crises douloureuses, cette hernie devient irréductible. L... ne vomit plus, il n'a plus de mœlena. On ne trouve pas de symptômes de tumeur gastrique, ni de signes de la série tabétique. Le régime alimentaire ordinaire, auquel on le soumet, semble lui réussir.

L... est envoyé salle 7, où M. le Docteur Poisson, aidé de M. le Docteur Favreul, lui fait une cure radicale de hernie épigastrique, le 3 novembre. Le sac ne contenait qu'un peu d'épiploon qui est rentré. Une alerte chloroformique empêche d'explorer l'estomac, comme il avait été décidé avant l'intervention.

Les suites opératoires sont normales pendant les deux premiers jours, puis le malade a des vomissements noirâtres, certainement hématiques ; bientôt, apparaissent des selles goudronnées. Pendant ce temps, la température oscille autour de 36° (axillaire), le pouls est élevé à 120. On propose à L... une nouvelle intervention qu'il refuse. On tente le quatrième jour, un lavage d'estomac, mais le tube ne reste pas, et le malade rejette une pleine cuvette de liquide noirâtre. Le septième jour, l'état général s'est

amélioré. T. 36°, pouls 90, facies meilleur. Il semble que le malade va guérir.

Le lendemain matin, les vomissements reprennent et deviennent bientôt fécaloïdes. Le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, la suture est bien étanche et n'a pris aucun organe. On arrive immédiatement sur un estomac dilaté. On va à la recherche du pylore, en déprimant la paroi stomacale antérieure; immédiatement, un flot de liquide noirâtre, mêlé de débris alimentaires, envahit la cavité péritonéale. On constate que l'ampoule pylorique est adhérente par sa face supérieure à la face inférieure du lobe gauche du foie. C'est en rompant ces adhérences que l'on a donné issue au contenu stomacal. Tout autour, on constate une zone de péri-hépatite intense.

A l'examen de la face interne de l'estomac, on se trouve en présence d'un ulcère rond, de la grandeur d'une pièce de deux francs. A son niveau, il n'y a plus trace de paroi. Le péritoine lui-même est détruit.

Les bords de la lésion, taillés à pic, noirâtres, ne sont pas indurés. Il n'y a pas trace d'induration, pas de ganglions dans les régions voisines.

Le reste de l'autopsie ne révèle rien d'anormal.

L... semble donc avoir succombé à un ulcère stomacal perforé. La hernie épigastrique n'était qu'un épiphénomène.

Observation IX

(A. CADE. *Lyon Médical*, 1908, tome I, page 849). —
Hernie épigastrique et ulcère du duodenum. — Mort
par ouverture de l'artère splénique au niveau de l'ulcère.

Un vieillard de 73 ans, hospitalisé depuis 10 ans à l'hospice du Perron, présente depuis l'âge de 20 ans une double hernie, inguinale et épigastrique. Depuis longtemps ce sujet éprouve des troubles dyspeptiques, et se plaint surtout de phénomènes douloureux à localisation épigastrique et rapportés naturellement à la hernie, qui occupe cette région.

Cet état reste stationnaire pendant une longue période, avec des alternatives d'aggravation et de rémission. Il y a un an, survint brusquement, sans prodromes, une hématomèse abondante, mais solitaire et de courte durée. Tout revient ensuite en ordre, et seuls les troubles digestifs et les douleurs épigastriques inquiètent encore le malade.

Dans les premiers jours de février, le malade commence à perdre ses forces et à maigrir. Deux ordres de symptômes dominant alors la scène ; d'abord des vomissements fréquents, noirâtres, marc de café, et ensuite des crises douloureuses violentes, siégeant à l'épigastre et obligeant le malade à s'aliter temporairement.

Le 19 février, il est transporté à l'infirmerie et soumis à notre examen. Nous constatons alors l'existence d'une hernie épigastrique sonore et réductible. Aucun autre signe objectif notable.

L'état général est encore bon. L'existence d'hématémèses antécédentes ne permet pas d'attribuer tous les troubles dyspeptiques actuels à la hernie épigastrique et nous oblige à admettre l'existence d'un processus ulcératif. L'examen du malade et son histoire, en dépit de son âge, ne sont point favorables à l'hypothèse d'un cancer gastrique.

Le lendemain, 20 février, le malade vomit un demi-litre de sang rutilant, et dans la soirée du même jour se produit une nouvelle hématurie beaucoup plus abondante (un litre et demi environ) en dépit du traitement classique le plus rigoureux. Alors apparaissent des signes d'anémie grave, et le 22 février, après de nouveaux vomissements de sang, le malade succombe.

A l'autopsie, nous avons trouvé un ulcère siégeant sur la première portion du duodenum, adjacent même au pylore, comme on peut s'en rendre compte aisément. Cet ulcère occupe la partie inférieure du premier segment duodénal, c'est-à-dire la portion, immédiatement en rapport avec la tête du pancréas. Cet ulcère, conique et très excavé, offre une surface lisse et régulière. Il présente dans sa profondeur, deux orifices artériels admettant une sonde cannelée. Le cathétérisme d'un de ces orifices, assez aisément praticable, nous conduit dans l'artère splénique : celle-ci est complètement sectionnée par le processus ulcératif.

L'estomac est rempli de caillots, sa muqueuse offre quelques ecchymoses. Dans la lumière de l'intestin se trouve du sang sur un assez long parcours.

Nous n'insisterons pas sur l'état de tous les viscères de ce sujet, état qui est du reste sans intérêt et sans rapport avec son histoire clinique. Nous nous contenterons de présenter le sac de sa hernie épigastrique de la ligne blanche. Ce sac était inhabité à l'autopsie, et l'on n'a trouvé sur la surface extérieure de l'estomac aucune trace d'une stricture plus ou moins ancienne.

Observation X

(BÉRARD et COLOMBET. *Lyon Médical*, 16 avril 1911). —
Hernie épigastrique. — Cure radicale. — Persistance des douleurs. — Gastro-entero-anastomose pour ulcère amène la guérison complète.

Il s'agit d'un malade I. J... Antoine, âgé de 54 ans, mineur à Sourcieu-sur-l'Arbresle, et qui fut admis le 11 janvier 1910 à la salle Saint-Louis, pour une tumeur épigastrique.

Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. Il eut simplement la fièvre typhoïde pendant son service militaire.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1908 et fut caractérisé par des douleurs épigastriques, qui attirèrent son attention et lui firent découvrir au-dessous de l'appendice xyphoïde une petite tumeur, qui peu à peu augmenta de volume.

Les troubles fonctionnels prédominèrent nettement dans cette première phase de la maladie. Les douleurs

s'accompagnèrent d'irradiation dans l'hypochondre gauche et l'hypogastre. Elles devinrent bientôt plus vives, et dans les derniers mois de 1909, ne furent calmées que par le repos au lit, tout travail un peu pénible ou la station debout un peu prolongée, exacerbaient cette douleur.

Les troubles gastriques, peu importants, se manifestèrent par des digestions un peu pénibles, un peu de pesanteur, une légère constipation.

Le malade n'a pas de vomissements alimentaires ou sanguinolents à cette époque.

En novembre 1909, il y eut une brusque aggravation de son état général ; il maigrit, perd l'appétit ; aussi sur les conseils du Docteur Bernard, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Examiné à son entrée, ce malade présentait une petite tumeur, du volume d'une noix, à contours un peu flous, située dans la région de l'épigastre, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, mais indépendante du sternum.

Cette tumeur est un peu modifiée par l'effort, la toux, la station debout ; elle était absolument irréductible et la palpation très douloureuse. On fait le diagnostic d'hernie épigastrique. Le malade ayant un bon état général, et ne présentant qu'un peu d'emphysème pulmonaire, est opéré le 12 janvier 1910.

On fait une incision sus-ombilicale médiane et l'on trouve une tumeur grasseuse, assez peu vasculaire, mais riche en filets nerveux. Il y a un petit cul-de-sac péritonéal sous-jacent. On ligature le pédicule de cette masse multilobée et très irrégulière. On pratique l'excision.

Dix jours après, la plaie chirurgicale était cicatrisée et le malade partait en convalescence.

En réalité, l'opération n'apporta dans la suite aucun soulagement à ce malade qui continua à souffrir et à maigrir.

Le syndrome gastrique, à peine accusé au début de l'affection, prit une importance énorme et se caractérisa par les phénomènes suivants : douleurs gastriques survenant après le repas, parfois aiguës, sans irradiations et ne disparaissant qu'à l'apparition de vomissements alimentaires et acides, survenant tous les deux jours environ.

Les vomissements, toujours alimentaires ou bilieux, ne furent jamais sanguinolents.

Le malade présente une constipation habituelle entrecoupée de temps à autre par des crises diarrhéiques.

Les selles furent souvent noirâtres, couleur de marc de café.

L'amaigrissement devint extrême, 3 kilogs en trois mois. L'affaiblissement général mit ce malade dans l'impossibilité totale de travailler. Il se présenta de nouveau dans le service de M. Bérard, le 15 octobre 1910. On lui trouve un estomac dilaté jusqu'à l'ombilic.

Il y a du clapotage gastrique à jeun.

La pression sur l'épigastre est douloureuse. On ne peut provoquer ni onde péristaltique, ni phénomène de tension intermittente.

Le foie est un peu gros, mais le malade ne présente ni adénopathie suspecte, ni signes de cachexie. L'examen radioscopique fait par M. Destot, montre simplement

que le côlon est déplacé et se trouve au-dessus du foie.

Le 31 octobre on intervint : on fait une laparotomie exploratrice qui fait découvrir un ulcère de la petite courbure de l'estomac.

Cet ulcère est déjà ancien et s'est entouré d'une zone de périgastrite adhérente à la face inférieure du foie.

M. Bérard fait une gastro-entero-anastomose postérieure et transmésocolique à la soie.

Les suites opératoires furent excellentes. Au huitième jour, le malade, qui était un emphysémateux, présenta des signes de congestion pulmonaire, mais son état ne donna pas d'inquiétude. Au dixième jour, la plaie chirurgicale était cicatrisée. Les douleurs et les vomissements alimentaires avaient disparu. Le malade reprenait appétit. Il ne présentait plus que quelques régurgitations acides intestinales, dues à un éthylisme ancien.

L'examen radioscopique après ingestion d'une bouillie bismuthée pratiqué hier, a mis en évidence le bon fonctionnement de la bouche artificielle.

Le malade part du service considérablement amélioré.

Observation XI

(LERICHE. *Lyon Médical*, 16 avril 1911). — Hernie épigastrique ; troubles digestifs ; cure radicale en mai 1910 ; persistance des troubles ; gastrectomie totale pour cancer diffus de l'estomac en août 1910.

Un homme de 63 ans, entré le 20 août 1910, dans le service de M. Poncet, vomissant constamment et portant

une tumeur à siège épigastrique, racontait-il. Il présentait depuis quelques années une hernie épigastrique, et peu à peu elle s'était accompagnée de phénomènes douloureux et de troubles digestifs. En mai dernier, ses malaises augmentant, il se met entre les mains d'un médecin d'une ville voisine qui, très classiquement, rapportant les troubles gastriques à la hernie, lui proposa une intervention qui devait tout guérir.

L'opération fut faite très correctement, la hernie disparut fut remplacée par une cicatrice solide, mais les phénomènes digestifs persistèrent et même allèrent en s'accroissant, c'est pour cela qu'il fut adressé à l'Hôtel-Dieu.

Le diagnostic de cancer était évident et le 22 août, avec mon ami Cotte, nous fîmes une laparotomie sur la cicatrice très solide de l'intervention pratiquée en mai. La paroi était parfaitement reconstituée, et il n'y avait nulle adhérence péritonéale. Mais le ventre ouvert, nous découvrîmes un cancer diffus de l'estomac ; l'organe était parfaitement mobile, et ne paraissait tenir que dans la zone cardiaque.

Il me parut possible de l'enlever. Je commençais par libérer le pylore, puis après l'avoir sectionné, je fermais le duodénum, et libre désormais de ce côté, j'allais de proche en proche vers le cardia. Il me fut impossible d'aller jusqu'à lui. Par une petite surface, il tenait en arrière, et d'autre part, la tumeur ne s'arrêtait qu'à l'orifice cardiaque. Après avoir clivé en arrière, et non sans beaucoup de peine, j'arrivais enfin à pédiculiser tout l'estomac entre les doigts de la main gauche, à placer deux pinces et à sectionner

l'œsophage. A ce moment l'estomac ne tenait plus que par les vaisseaux courts. Je les avais coupé, supprimant ainsi l'attache oplénique, quand j'aperçus une forte hémorragie dans le flanc gauche. Je vis alors que le pédicule vasculaire de la rate s'était déchiré en un point ; le temps pressait : je mis un clamp et j'enlevai la rate. J'avais alors sous les yeux une vaste cavité, très nette, bien exposée, sans recoin dans laquelle j'essais vainement d'attirer l'œsophage ; je le libérai au doigt dans l'orifice diaphragmatique, mais il était à la limite de traction. D'autre part, il n'avait nul revêtement péritonéal, je ne pouvais songer à le suturer à l'anse jejunale que j'avais attiré en arrière du côlon.

Je fis alors une double boutonnière intestinale et avec une pince cheminant dans l'intestin, j'allai saisir l'œsophage et l'attirai dans la lumière intestinale, je le fixai là par quelques points de catgut ; mais peu confiant dans mes sutures, je fistulisai l'intestin à la peau pour pouvoir alimenter l'opéré par une jejunostomie. Puis j'exclus toute cette zone à l'aide du côlon et de l'épiploon et je tamponnais lâchement la cavité.

Les suites opératoires furent d'abord très simples. Le malade fut alimenté par lavements et par sa fistule jejunale. Les sutures œsophagiennes n'avaient pas tenu et au bout de 48 heures, tous les aliments liquides déglutis coulaient dans l'ancien lit gastrique, soigneusement exclu du péritoine libre par des compresses. Malgré cela il n'y eut aucune réaction péritonéale, aucune élévation thermique.

Au 10^e jour, le malade qui avait un appétit féroce et que

s'était déjà levé plusieurs fois dans la nuit pour chercher à manger et à boire, était en parfait bon état.

Commençant à croire à sa guérison, je songeais à lui fistuler l'œsophage au cou pour éviter le flux des sécrétions salivaires et œsophagiennes, puis à lui enlever tout l'œsophage thoracique suivant la méthode de Sencert quand il prit la langue sèche, sa température monta à 38°5 et il mourut en trente-quatre heures au 17^e jour.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plaie en bon état, commençant à se combler ; il n'y avait aucun signe d'infection, ni trace de métastases, les deux poumons étaient congestionnés. Il est probable que cet homme, très affaibli, n'avait pu résister à une infection pulmonaire malheureusement à peu très fatale. Il n'y avait du reste pas grand regret à avoir car, comme vous le verrez sur les pièces que voici : l'estomac en entier du pylore au cardia, les deux orifices y compris, est envahi par une infiltration cartonnée qui ne respecte que la grande courbure.

Avec de telles lésions la survie n'aurait guère été de longue durée.

Observation XII

(LERICHE. *Lyon Médical*, 16 avril 1911). — Hernie épigastrique double datant de l'enfance. Troubles digestifs rattachés à la hernie. Cure radicale avec vérification de l'estomac conduisant à une pylorectomie.

Une femme de 52 ans vint me voir dernièrement au Bureau de Bienfaisance pour des troubles digestifs croissants qu'elle rattachait à une hernie épigastrique.

A l'âge de 8 ans, à l'occasion d'un effort, elle s'était faite une hernie ; celle-ci était restée longtemps indolore ; il y a deux ans, une nouvelle hernie apparut à côté de l'autre, et peu après se montraient des troubles digestifs croissants, qu'elle calma longtemps par des applications de compresses chaudes.

Depuis plusieurs semaines, elle vomissait de temps en temps, presque tout de suite après l'ingestion alimentaire ; cela la fatiguait tellement qu'elle était arrivée à ne plus rien manger pour ne plus vomir. L'état général était du reste demeuré bon, et cette femme donnait plus l'impression d'une névropathe grossissant ses sensations que d'une sténose du pylore.

A l'examen, on ne trouvait rien autre qu'une hernie bilobée de la ligne blanche et un estomac un peu dilaté.

Le 12 novembre, dans le service de M. Poncet, je laparotomisai cette femme. Après avoir isolé ses deux lipomes, j'ouvris le péritoine et attirai l'estomac. Il portait à un travers de doigt du pylore une cicatrice foncée ratatinant l'épiploon et épaississant l'estomac. Ne sachant à quoi j'avais à faire, je pratiquais une pylorctomie suivie de gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Les suites en sont jusqu'à présent apyretiques et l'alimentation normale a été reprise depuis trois ou quatre jours (nous sommes au 11^e jour).

La pièce a été examinée histologiquement par M. Almartine qui trouve de l'ulcération de la muqueuse et une infiltration du muscle gastrique par des cellules inflammatoires, sans oser se prononcer sur le diagnostic histologique précis.

Observation XIII

(SOPER. *New-York Medical Journal*, 6 août 1910). —

Coexistence d'une hernie épigastrique et d'un ulcère de l'estomac.

Femme de 44 ans, opérée 14 ans avant de fistule anale avec hémorroïdes. Peu après apparition de troubles gastriques, sensation de brûlure, éructations, régurgitations acides, crises douloureuses, durant de quelques minutes à plusieurs heures cédant par l'absorption de nourriture. De temps en temps, vomissements très acides avec des débris alimentaires. Crises douloureuses survenant souvent au début de la nuit. Les troubles se sont surtout accentués pendant l'année qui a précédé l'examen de la malade (11 mars 1909). Repas d'épreuve d'Ewald Boas 50 cc., acide chlorhydrique 53 ; acidité totale 71, pas d'acide lactique, pas de sang. Cathétérisme à jeun, 40 cc. de liquide jaune clair ; acide chlorhydrique 71, acidité totale 81 ; pas de résidu alimentaire, pas de sang. L'analyse des fèces démontre la présence de sang. On soupçonne un ulcère de l'estomac. Un régime approprié améliore rapidement l'état de la malade. Le 11 avril 1909 on trouve, en examinant la malade, une hernie épigastrique irréductible, douloureuse à la pression, ne contenant pas de viscères creux, s'accompagnant de névralgies intercostales gauches et de quelques vésicules d'herpès au niveau de l'angle de l'omoplate.

Le 5 juin 1909, la malade en mangeant de la laitue, ressent de violentes douleurs qui se terminent par un vo-

misement. Deux jours après, la recherche du sang dans les selles est positive et on diagnostique un ulcère gastrique.

Le 15 novembre 1909, après avoir pris du porc et de la choucroute, la malade a une crise douloureuse violente, l'épigastre devient très douloureux ainsi que la hernie.

En dépit d'un régime sévère, les douleurs et les vomissements persistent et le 26 novembre on intervient chirurgicalement.

On résèque le contenu herniaire, constitué par une partie du petit épiploon et une masse grasseuse du volume d'une amande. A l'exploration de l'estomac, on découvre une induration de la taille d'un demi dollar, sur la paroi antérieure, au niveau de la partie moyenne de la petite courbure.

Fermeture de la paroi. Séjour au lit pendant 4 semaines. Depuis, toute douleur a disparu, malgré des écarts de régime considérables.

Soper fait remarquer que l'on ne pouvait distinguer dans ce cas les phénomènes subjectifs dus à la hernie de ceux provoqués par l'ulcère. Il pense que la présence de la hernie épigastrique a pu être un empêchement à la guérison de l'ulcère, car depuis la malade n'a plus souffert.

Observation XIV

Hernie épigastrique coexistant avec un cancer de l'estomac (due à l'obligeance du Docteur BERCHOUX, de Lyon, qui a bien voulu nous communiquer cette observation personnelle).

G..., 72 ans, habitant une commune voisine de Lyon, vint me consulter le 26 avril 1909, parce qu'il tousse et qu'il souffre depuis un mois de douleurs abdominales.

Il prétend du reste que ces sensations douloureuses du côté du ventre, doivent provenir uniquement des secousses de toux.

Examen : 1° Etat général : Sujet amaigri et sénile ; cependant guère plus que cela ne se voit à cet âge. Il aurait toutefois maigri de 6 kilos depuis quelques semaines. Pas de fièvre ;

2° Appareil respiratoire : Nombreux râles de bronchite banale chez un vieillard. En somme, signes de catharre et d'emphysème, avec peut-être légère poussée de bronchite récente. Pas de dyspnée ;

3° Cœur et appareil urinaire : Un peu de sclérose cardio-aortique et rénale avec traces d'albumine ;

4° Tube digestif : Les douleurs abdominales auraient apparu il y a environ 1 mois. Anorexie et constipation habituelle. On ne perçoit aucune tumeur à travers la paroi abdominale, aucun point particulièrement sensible. Rien au toucher rectal. A signaler seulement, sur la ligne médiane un rebord aponévrotique, limitant un orifice où l'on

sent au moment de la toux et des efforts de petites masses, probablement épiploïques, qui glissent sous le doigt.

Le diagnostic posé est alors : Ancienne hernie épiploïque de la ligne blanche, devenue douloureuse à cause de la toux plus fréquente depuis quelque temps.

Les troubles digestifs sont regardés comme dépendant d'une mauvaise hygiène alimentaire, et surtout de l'alcoolisme avoué. Enfin, à signaler un tremblement assez marqué des membres supérieurs, dû à l'âge et aggravé par la tare alcoolique.

Traitement : Opération à envisager pour plus tard, à cause de la bronchite actuelle. Au reste, le pronostic de l'intervention chirurgicale est regardé comme sérieux.

Bandage compressif avec pelote concave, régime doux, laxatifs, pas de purgatifs.

Après deux examens faits à quelques jours d'intervalle, le malade part à la campagne et n'est plus revu.

Mais j'ai appris de source certaine, qu'il était mort au mois de septembre 1909, avec tous les symptômes de dégénérescence cancéreuse de l'estomac.

Observation XV (inédite)

Hernie épigastrique coexistant avec volumineux cancer du pancréas et de l'estomac. Symptômes d'étranglement (due à l'obligeance de M. le Docteur RIVET, de Nantes, qui a bien voulu nous la communiquer).

R..., 79 ans, ancien matelot, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Docteur Rivet, en janvier 1912, pour des

phénomènes simulant à première vue des accidents d'hernie étranglée ou d'occlusion intestinale. Malade fatigué et répondant mal. Voici les renseignements recueillis.

Rien de particulier, sauf ancienne hydrocèle.

Hernie inguinale droite, datant de 23 ans.

Hernie épigastrique depuis environ 8 ans survenue, aux dires du malade, à la suite d'un violent effort.

Cette hernie n'est douloureuse que depuis 5 à 6 mois seulement. Jusqu'à il y a 8 jours, il put vaquer à ses occupations, n'accusant qu'une perte d'appétit et un état nauséeux.

Ces malaises allant en augmentant, il dut s'aliter et devant l'accroissement des symptômes et l'existence d'un vomissement, il est envoyé à l'Hôtel-Dieu en vue d'une intervention.

Nous nous trouvons en présence d'un malade très touché, oppressé, répondant mal, pouls filiforme, irrégulier.

Facies abdominal, ventre ballonné sur la portion médiane et notamment sus-ombilicale. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements fécaloïdes.

Le malade accuse une assez vive douleur dans la région épigastrique. Là, en effet, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on trouve une tuméfaction très sensible au palper. Il semble que cette hernie épigastrique contient des pelotons graisseux, ou des franges épiploïques, plutôt qu'une anse viscérale. Le ballonnement ne permet pas de pousser plus loin les investigations.

Devant cet état, l'on juge l'intervention urgente.

Pratiquée par le Docteur Rivet, assisté de son interne.

Petite incision au niveau de la hernie. On trouve, comme c'est la coutume, un sac petit, doublé de beaucoup de tissu adipeux, celui que l'on sentait en palpant et pressant la hernie entre les doigts, mais nulle trace d'épiploon, d'intestin ou de pincement latéral viscéral.

L'incision agrandie, le doigt rencontre une masse dure, énorme, remplissant toute la région. Il est difficile de savoir quel en est le point de départ.

L'opéré succombe 6 à 8 heures après l'intervention.

Nécropsie partielle. On enlève d'un seul bloc une énorme tuméfaction renfermant l'estomac, des anses grêles, le côlon transverse, le tout adhérent et aggloméré. Un examen plus minutieux montre qu'il s'agit vraisemblablement d'un néoplasme ayant pris son point de départ dans le corps du pancréas et ayant contracté des adhérences et des liens d'envahissement avec les viscères voisins.

CONCLUSIONS

I. — La hernie épigastrique est souvent fort douloureuse, et les douleurs qu'elle provoque s'expliquent mal, par la seule présence de la hernie.

II. — Dans la hernie épigastrique il y a quelquefois, non seulement des douleurs, mais encore un ensemble symptomatique qui peut faire croire à une affection organique de l'estomac.

III. — Le diagnostic entre la hernie épigastrique douloureuse et ces affections organiques, est fort difficile, en l'absence de symptômes nettement accentués.

IV. — Il existe des cas assez nombreux où la hernie coïncide avec l'ulcère et le cancer de l'estomac.

V. — Il semble donc indiqué, en présence d'une hernie épigastrique douloureuse, non seulement de faire la cure radicale de la hernie, mais de profiter de cette cure pour faire l'exploration méthodique de l'estomac, qui seule permettra d'appliquer un traitement radical.

VU :

Le Doyen,
D. LANDOUZY.

VU :

Le Président de la Thèse,
PAUL SEGOND.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINELLI. — Laparotomia per ernia epigastrica (Raccogliotoni med. Torli, 1888).
- ARX. — Hernia epigastrica retroréctalis und andere innere Bauchbrüche (Deutsche Zeitschr. f. chir., Bd LXXXVII, H., 4-6 April 1907).
- ASTLEY COOPER. — The anatomy and surgical treatement of abdominal hernia. London, 1827.
- BARDENHEUER. — Ueber den epigastrischen medianen Bauchbrüche. Weisbaden 1893.
- BASSLER. — Habitual epigastric Protusion (Journal of the American Medical Association, t. LVII, n° 25; 16 décembre 1911).
- BÉRARD. — Des troubles digestifs dans les hernies épigastriques (Lyon Médical, 16 avril 1911).
- BERGER. — Traité de chirurgie (Duplay et Reclus, t. VIII).
- BIGOT. — Thèse Paris, 1821.
- BLANC. — Hernie épigastrique de l'estomac (Journal de Chirurgie, 1908, p. 963).
- BOGOIAVLENSKI. — Cure radicale des hernies post opératoires de la ligne blanche (VIII^e Congrès Chirurgie russe. Moscou, décembre 1908).

- BOHLAND. — Ueber die hernia epigastrica und ihre Folgezustände (Berliner klin. Wochenschr., 1884, p. 774).
- BONNET. — De la cure radicale des hernies épigastriques (Thèse Paris, 1887).
- BOTT. — Arch. f. Klin chir., 1891.
- BORMAN. — Hernies épigastriques (Sibisskaïa vratchebnaïa Gazeta (russe), t. iv, n° 43 et 50. Décembre 1911).
- BOUDON. — Thèse Toulouse, 1905.
- BRENTANO. — Grundzuger fur die Behandlung der Hernien (Deutsche med. Wochenschr., 1903, n° 46).
- BRANDENBURG. — Ueber hernia epigastrica (Correspondenzblatt f. Schweirer Aerzte 1898, n° 4).
- BRUNING. — Cure radicale des hernies de la ligne blanche par incision transversale (Munchener med. Wochenschr., 1908, n° 45). — Analyse in journal de chirurgie, t. II, p. 72.
- CALVOS. — Revista di clini. med., 1902.
- CANGE. — Thèse, Paris 1893-94.
- CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernies épigastriques. Bruns'sche Beiträge z. klin. chir. Bd LXIII, H. 2. — Analyse in Journal chirurgie, t. III, p. 178.
- CAYOT. — Traduction française du traité des hernies de Scarpa.
- CERF. — Hernie épigastrique embryonnaire. — Etiologie de la hernie épigastrique (Anjou Médical, 1899, t. VI, p. 226).
- CHAILLOUX. — Etude sur la hernie épigastrique et son traitement (Thèse Paris, 1893-94).

- CHARBONNEL. — Double hernie épigastrique étranglée.
Perforation du cœcum (Journal méd. Bordeaux,
t. XL, n^{os} 25-26, Juin 1910).
- CLERICI. — Congrès de Méd. intern. de Milan, 1909).
- CLOQUET. — Hernies abdominales (Thèse de concours.
Paris, 1819).
- CLUSS. — Die Bruchoperationen und deren Dauerresultate
von 1891-1903 (Beitrage zur klin chir. 1904, Bd. xli).
- COLOMBET et BÉRARD. — Relation entre la H. épigas. et
les lésions des organes sous-jacents (Lyon Médical,
16 avril 1911).
- CONDAMIN. — Congrès français de Chirurgie, 1892, p. 307.
- CONTARET. — Dyspepsie et catarrhe gastrique (Paris,
Masson, 1890).
- COOPER ASTLEY. — Traité des hernies de l'abdomen
(traduction de Chassaignac et Richelot). Paris, 1837.
- CORNER, EDWARD. — The most frequent hernia in chil-
dhood and his significance (Lancet 1907. July 13).
- COTTE et CROIZIER. — Société Nationale de Médecine de
Lyon. Février 1911.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale,
1810.
- CUMSTON. — Epigastric Hernia (New-York Medical
Journal, 1904, p. 826).
- GUINET. — De la nature des troubles digestifs dans les
hernies épigastriques (Thèse Lyon, 1911).
- DAMBRIN. — Grosse hernie ombilicale coexistant avec une
hernie épigastrique. Omphalectomie (Toulouse Mé-
dical, 63-66).

- DAURIAC. — Procédé nouveau pour la cure radicale de la hernie ombilicale. Entrecroisement des droits (Gazette Hôpitaux, Paris 1894, p. 675).
- DELGUEL. — Thèse Bordeaux, 1897.
- DERS. — Hernia epigastrica vom Standpunkt der internen Medizin auf Grund von 50 Fallen. Orvosi Helitap, 1907, 9.
- Ueber Bauchrücke und Unfall (Wiener med. Wochenschr., 1903, nos 6-9).
- Ueber Hernia epigastrica ohne fühlbare Geschwulst. (Deutsche Zeitschr. f. chir., 1907, xcix, 3-6).
- Revue de Chirurgie, 1900, n° 27, p. 699.
- DIAKONOFF. — Matériaux pour la question des hernies de la ligne blanche (Chirurgia (russe), Juillet 1909, t. xxvi).
- DOGET. — La hernie est-elle un accident de travail ? (Thèse Paris, 1905).
- DUBAR. — Echo Médical du Nord, 1901, p. 209.
- DUPLAY et RECLUS. — Tome vi, p. 337.
- EICHEL. — Ueber Hernia epigastrica (Munchener med. Wochenschr., 1900, p. 426).
- ELBOGEN. — Soc. Médecin. all. de Prague, 19 janvier 1894.
- ENGLISH. — Eulenburg's Realencyclop, 1898, xvi, p. 331.
- ERLICH. — Les injections de fibrolysine dans le traitement des hernies ombilicales et épigastriques (Archiv. fur Verdaungs Krankheiten, t. xvii, f. 1, Février 1911).
- FABRE. — Hernie épigastrique étranglée (Thèse Paris, 1911).

- FARRAR COBB. — Epigastric Hernia, a cause of chronic Diarrhœa (Annals of Surgery, t. LV, n° 1, Janvier 1912).
- FAURE (J.-L.). — Gaz. hebdom. Méd. et Chirurgie, 1898, p. 157.
- FLEURY. — Contribution à l'étude des hernies épigastriques (Thèse Paris, 1897-98).
- FLORENCE. — Thèse, Toulouse 1904.
- FRANKE. — Sammlung klin. Vorträge. N. F., n° 270.
- FRIEDRICH (W.). — Ueber die Hernia epigastrica (Wiener Klin. Wochenschr. 1903, n° 52).
- FRITSCH. — Hernie épigastrique à travers une brèche de l'appendice xyphoïde (Soc. Chir. Breslau. Analyse in Journal Chirurgie, t. VI, p. 304).
- GARENGEOT. — Mémoire sur plusieurs hernies singulières (Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, 1743, t. I).
- GAUTHIER. — Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploïque, non étranglée, irréductible (Ass. franç. chir. Procès-verbal, Paris 1904).
- GIBERT. — Normandie Médicale, 1890.
- GODARD. — Hernie épigastrique étranglée (La Polyclinique, t. XX, n° 7, avril 1911).
- GONZALÈS DEL VALLE. — Ein fall von Hernia epigastrica mit diffuser Peritonitis (El siglo medico, 7, 14, 21 august 1904).
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales (Paris 1865, p. 458).
- GOTTING, HERMANN. — Ueber Hernien der Linea alba (Inaug. Diss. Berlin, 29 juli 1905).

- GOTTSCHLICH. — Un cas de hernie épigas. guérie par l'opération (Berliner Klin Wochens., t. XLVIII, avril-mai 1911).
- GREENE-CUMSTON. — Contribution à l'étude des hernies épigas. (Archives Génér., 1903, p. 2049).
- GUSSENBAUER. — Ueber Hernia epigastrica (Prag. Med. Wochens, ix, p. 1, 1884).
- HAMMESFAHR. — Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauchund Bauchnarbenbrüche (Centralbl. f. Chir. 1901, nos 37-39).
- HARTMANN. — Annales de Gynécol. et d'Obstétrique. Mai 1904.
- HEDLUNG. — Hernia epigastrica med. inkarcération of ventrikeln (Hygiea, N. F., Bd V, p. 844).
- HENKEL. — Operative Behandlung der Hernien der Linea alba (13^e Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynakologie, Strassburg 1909. Deutsche med. Wochens. 1909, p. 1253).
- HILGENREINER. — Bericht über, 828 operativ. behandelte Hernien. (Beitrage zur klin. chir., 1904, Bd XLI).
- HIRSCHKOPF. — Zur radikaloperation der Hernien (Deutsche Zeitschr. f. chir. Bd LVI, p. 59).
- HOTCHKISS. — Epigastric Hernia (Annals of Surgery. Juillet 1911, t. LIV, n^o 1).
- HORNER. — Prager Med. Woch., 1892, n^o 27, p. 310.
- JABOULAY. — In Le Dentu et Delbet. Fas. xxv, 1908.
- JEREMIC. — Ueber epigastrische Hernien (Srpski archiv. za cellokupno lekarstvo, 1908, n^o 5).
- JUST-CHAMPIONNIÈRE. — Rôle de la graisse dans les hernies. Paris, 1896.

- KAUFMANN. — Handbuch der Unfallverletzungen.
- KEILER (A.). — Zur kasuistik der Hernia linea albae congen. (Centralbl. f. chir., 1900, n° 27).
- KELLING. — Ueber die entstehung des nervosen Reizzustandes des Magens bei Hernia epigastrica und über einen 2. Epigastrischen nervösen Druckpunc (Wiener med. Wochenschr., 1900, n° 40).
- KLAUSSNER. — Zur kasuistik der angeborenen Hernien der Linea alba (Munchener med. Wochenschr., 1906, n° 42).
- KOCHER. — Handbuch der Kinderheilkunde, Bd vi, 2. Abt., p. 769.
- KONIG. — Lehrbuch der Chirurgie.
- KUTTNER. — Verdauungsstorungen bei Brüchen (Grenzgeb., Bd. i).
- LÆWEN. — Hernie de la ligne blanche (Munchemer med. Wochenschr., t. LVII, n° 2, janvier 1910).
- LATARGET et ADENOT. — Lyon Médical, mars 1904, p. 975.
— Presse Médicale, septembre 1904, p. 561.
- LEBŒUF. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique et de son traitement (Thèse Paris, 1896-97).
- LEMIERRE. — Hernie épigastrique et dyspepsie (Thèse Paris, 1905-06).
- LENORMANT. — Traitement des hernies par les greffes aponévrotiques et périostiques (Presse Médicale, 27 janvier 1912).
- LE PAGE. — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques (Thèse Paris, 1887-88).
- LINDENSTEIN. — Zur Lehre von der Hernia epigastrica (Beitr. z. klin. chir. 1908, LVII, 2).

- LINIGER. — Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1902, n° 12.
- LITTEN. — Berlin klin. Wochens., 8 avril 1875, p. 306.
- LOTHRAP. — Hernia epigastrica and fatty tumors in the epigastricum (Boston med. and surg. Journ. 1901, p. 611).
- Hernia epigastrica With a report of cases (Boston med. and surg. Journal 1897, p. 175 et 200).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies (Bull. et Mémoires Soc. chir., décembre 1887, p. 692).
- LUCKE. — Operative beseitigung von sogenannten Fett-hernien Wegen Gastralgie (Centralbl. f. chir. 1887, p. 69).
- MALGAIGNE. — Leçons sur les hernies, 1847.
- Journal Chirurgie, 1843-44.
- MAUNOIR. — Journal méd. et chir. de Paris, 1810, t. xx, p. 327.
- MENGE (Leipzig). — Zur radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen und subumbilikalischen Hernien der Linea alba (Centralbl. f. Gyn., 1903, n° 13).
- MENGE (Heidelberg). — Zur radikaloperation von Nabelbrüchen und von epigastrischen und subumbilikalischen Hernien der Linea alba durch quere Fascienspaltung und Muskelanshülsung (Munchener med. Wochenschr., 1908, p. 1346).
- MEZGER. — Hernia epigastrica, kompliziert mit Ul. ventric. (Med. Korrespondenzbl. des Württemb. arztl. Landesvereins. Bd v, H. 2).
- MILES. — On epigastric hernia (The Edinburgh Medical Journal, april 1906).

- MULLER. — Hernie épigastrique. Son importance en médecine (Centralbl. für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, t. XIII, nos 22, 23, 12-30 décembre 1910).
- MOHR. — Banchbrüche in der Weissen Linie ohne objektiven Untersuchungsbefund (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chirurgie, 1905, Bd XIV. H. 3).
- NAPALKOFF. — Hernie de la ligne blanche (VIII^e Congrès Chirurgie, Moscou, décembre 1908).
- NIEHUESS. — Ueber Hernia der linea alba (Berlin. Klin. Wochenschr. 1895, H. 80, p. 1).
- NOURY. — Etude clinique des hernies ombilicales et épigastriques (Thèse Paris, 1899-1900).
- PATEL. — Lyon Médical, septembre 1906.
— Hernies. fasc. xxv. Traité chirurgie, Le Dentu et Delbet.
- PENTZOLDT. — Behandlung der Magenkrankh (Handbuch der Ther. innerer Krankheit, 1903, Bd IV, p. 367).
- PIPELET. — Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, t. II, p. 195.
- PLOEGER. — Ueber die Hernia epigastrica und subperitoneale Lipome (Inaug. Diss. Gottingen 1899).
- PRINCETEAU. — Cure radicale de l'éventration large xypho-ombilicale par un nouveau procédé (Soc. Anatomie et Physiologie. Bordeaux, 2 avril 1903).
— Congrès Chirurgie 1906, p. 238.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- POISSON et LANOUE. — Hernie épigastrique et ulcère de l'estomac (Gazette Médicale de Nantes, 30 novembre 1909).

- POLYA. — Der radikale Verschluss der Bruchpforte bei Hernia epigastrica (Orvosi hetilap. 1908, n° 25).
- PONCET. — Recherches anatomiques sur les aponeévroses abdominales (Paris, 1877).
- POULET et BOUSQUET. — Pathologie externe (Paris, 1885).
- REHN. — Die Hernien der Linea alba (Die Deutsche Klinik, 1905, Bd VIII, p. 1225).
- REVIDSOFF. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique de la ligne blanche (Revue Générale de Clinique et Thérapeutique, t. x, 1896, p. 707).
- RIDGWAY. — 3 cas de hernie épigastrique étranglée (British medical Journal. — Analyse in journal de Chirurgie, t. vi, p. 188).
- RIEDEL. — Die Hernia retrofascialis et muscularis der vorderen bauchwand (Arch. f. Klin. Chir. 1902, Bd LXVI).
- RIOU. — Cure radicale de la hernie épigastrique (Thèse Paris, 1892-93).
- RITCHER. — Traité des Hernies (Traduction Rougemont, Paris 1888).
- ROCHARD. — Les Hernies. — Bibliothèque de Chirurgie contemporaine.
- ROMAIN. — Ueber epigastrische hernien (Wratsch 1901, n° 36).
- ROMANINE. — Les hernies épigastriques (Wratsch. Saint-Petersbourg, 1901-02, t. xxii, p. 1095).
- ROTH. — Ueber die Hernien der Linea alba (Bergmann'sche Klinik) (Arch. f. klin. chir. Bd XLII, p. 1).

- RUILLEZ. — Troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques (Thèse Paris, 1899-1900).
- SANGER. — Zur radikaloperation grosser nicht eingeklemmter nabelbrüch (Centralblatt f. Gynék, 1890, t. XIV, p. 473).
- SAPIEJKO. — Un nouveau procédé de cure radicale des grosses hernies ombilicales avec diastase des muscles droits (Revue de Chirurgie 1900, p. 241).
- SAVARIAUD. — Procédé de cure radicale des Hernies ombilicales par doublement (Congrès français de Chirurgie, 1901).
- SCARPA. — Traité des Hernies (traduction Cayol), 1812).
— Corresp. bl. für Schweitzer Aertze, décembre 1884).
- SCHOTT. — Die bedeutung des traumas bei den verschiedenen Hernien (Monatsschr. f. Unfallheilk, 1901, n° 3).
- SCHUTZ. — Ueber die Hernia epigastrica und sub peritoneale lipom der linea alba (Inaug. Diss. Gottingen, 1899).
- SEBBA. — Contribution à l'étude des hernies étranglées de la ligne blanche (Deutsche Med. Wochenschr. 1909, p. 1880).
- SOPER. — A case of Hernie epigas. coexistant avec un ulcère de l'estomac (New-York Medical Journal, août 1910 — Analyse in journal de Chirurgie, t. v, p. 435).
- SEGOND. — Cure radicale des Hernies (Thèse agrégation, Paris 1883).
- STRAUSS. — Verhandlungen des Congresses für Innere medicin., 1902, p. 119).

- TARTRA. — Journal médecine, chirurgie et pharmacie, 1805.
- TEDENAT. — Hernies vésicales de la ligne blanche (Société de Chirurgie, 20 mars 1901).
- TÉMOIN. — Hernie épiploïque de la ligne blanche (Echo Médical de Toulouse, 1890, 85-87).
- Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche (Archives Provinciales de Chirurgie, 1902, t. XI, p. 215).
- TERRIER. — Remarques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques (Revue de Chirurgie, 1886, p. 985).
- TERRILLON. — Opération de cure radicale pour hernie de la ligne blanche (Gazette des Hôpitaux, 1888, p. 445).
- TESTUT. — Traité d'Anatomie.
- THIES. — Die in den Jahren 1899-1902, in der kgl. chir. Klinik zu Kiel zur Behandlung gekommenen Fälle von Hernia epigastrica (Inaug. Diss. Kiel, 1903).
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.
- TRÉLAT. — Cure opératoire d'une hernie épigastrique (Gazette des Hôpitaux, 1890, p. 358).
- TRAPIER et PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques (Semaine Médicale, 1903, p. 29-32).
- Rôle de la péritonite sous-hépatique dans la pathogénie des hernies abdominales (Semaine Médicale, 1909, p. 265).
- TSCHERNING. — Hernie épigastrique (Société Danoise de Chirurgie, 12 novembre 1910).

- URY. — Coexistence d'hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac (Medizinische klinik, 1909, t. v, n° 17, 25 avril 1909, p. 626).
- VALLOT. — Hernie épigastrique (Thèse Lyon, 1906-07).
- VANDAMME. — Hernie épigastrique (Polyclinique, Bruxelles t. xvii, n° 57).
- VASSEL. — Hernies de l'estomac épigastriques et diaphragmatiques (Thèse Lyon, 1908-09).
- VERDIER. — Traité des Hernies, 1840.
- VERNET. — Contribution à l'étude des pincements de l'intestin par les fissures sus-ombilicales (Thèse Paris, 1891).
- VIALLE. — Archives de Médecine militaire, 1903.
- VIDAL (de Cassis). — Hernies ombilicales et épigastriques (Thèse de concours, Paris 1848).
- VIGNÈS. — Notes sur deux cas d'hernies épigastriques (Société anatomique de Paris, 4 novembre 1910).
- VILLA. — Uno caso di ernia epigastrica (Riv. Veneta di Soc. med. Veneza, 1893, p. 171).
- VOISIN. — Société d'Anatomie, 1903.
- VOLKERS. — Ueber die Hernien der linea alba (Mitt. a. d. Hamburger Staatskrankenanst, 1899, t. II, 2, p. 153).
- VULPIUS. — Die Radikaloperation der Hernien in der Worderen Bauchwand (Beitr. zur. klin. chir., 1890, t. VII, p. 91).
- WALTHER. — Hernia lineæ albæ supra umbilicum (Thèse de Bonn, 1850).
- WERNHER. — Von der Fettbruchen (Wirchows Archiv., 1869, p. 47).

WERTHEIMER. — Thèse Paris, 1888.

WIESINGER. — Hernie de la ligne blanche, étranglement et gangrène (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1903, t. LXVII, p. 83).

WITZEL. — Ueber den medianen Bauchbruch (Volkmann's Sammlung klin. Vortrage, N. F., n° 10).

YOUTZEVICH. — Cure radicale des hernies épigastriques de la ligne blanche (Moscou, décembre 1908).

ZAHRADNICKY. — Bericht über 604 im Krankenhause zu Deutschbrod operierte Hernien (Asop. lék. česk., 1904, n°s 17-27).

TABLE

	Pages
Historique.....	9
Anatomie.....	15
Etiologie.....	23
Anatomie pathologique.....	39
Symptomatologie.....	47
Diagnostic et Pronostic.....	69
Traitement.....	77
Observations.....	87
Conclusions.....	113
Bibliographie.....	115

